

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA
REGIÃO CENTRO-OESTE

FERNANDA MARIA SOUZA JULIANO

**A REORGANIZAÇÃO DA VIDA E SEXUALIDADE DE PESSOAS QUE VIVEM
COM HIV/AIDS ACOMPANHADAS EM UM HOSPITAL DIA**

CAMPO GRANDE
2022

FERNANDA MARIA SOUZA JULIANO

**A REORGANIZAÇÃO DA VIDA E SEXUALIDADE DE PESSOAS QUE VIVEM
COM HIV/AIDS ACOMPANHADAS EM UM HOSPITAL DIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte para obtenção de título de mestre em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sonia Maria Oliveira de Andrade.

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Noemi Bandeira

CAMPO GRANDE
2022

RESUMO

Com o desenvolvimento da Terapia Antirretroviral combinada (TARV), houve o aumento da qualidade de vida, porém os estigmas que envolvem a doença persistem atualmente. O impacto do diagnóstico interfere na sexualidade, na autoimagem, nas relações, e ecoa como um todo na vida do indivíduo. Diante disso, a presente pesquisa teve como objetivo compreender como se dá a reorganização da vida e da sexualidade de pacientes em acompanhamento no Hospital Dia Esterina Corsini, no período de, no mínimo, um ano após diagnóstico. Para isto, foram realizadas entrevistas com questões geradoras antecedidas pela caracterização dos sujeitos. Para organização dos dados foi escolhida a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefèvre e Lefèvre, (2005), sendo o referencial teórico norteador para as discussões, a psicanálise e a produção científica referente ao tema. Os resultados levaram a três eixos temáticos que englobaram discussões sobre as formas de enfrentamento da doença nos âmbitos: subjetivos, social e da sexualidade, cada um com três DSC. Os resultados dessa pesquisa abrangeram: resignificação a partir da doença, repercussões biopsicológicas do diagnóstico e silêncio com autoproteção; medo de rejeição, vivência do preconceito e segregação e associação do HIV à morte; adaptações no campo da sexualidade, dispensabilidade de sexo com busca de novos caminhos para viver a vida e medo, privação e diminuição da libido. Esses aspectos são discutidos sob a perspectiva psicanalítica permitindo a compreensão dos modos de enfrentamento dos sujeitos soropositivos no que se refere à vida e a sexualidade. Conclui-se que não existe um modo apenas em reorganizar o campo da sexualidade, considerando que cada sujeito dispõe de recursos intrínsecos e extrínsecos diferentes podendo levar ou não a aceitação da doença e manejo das dificuldades em viver com o HIV/Aids. No entanto, é correto afirmar que os estigmas enraizados à doença atingem e influenciam todos os sujeitos, que têm que lidar primeiro com a desconstrução do auto preconceito para partir para formas de enfrentamento.

Descritores em Saúde: infecções por HIV, Sexualidade, estigma social, assistência ao paciente.

ABSTRACT

With the development of combined antiretroviral therapy (ART), there was an increase in quality of life, but the stigma surrounding the disease persists today. The impact of the diagnosis interferes with sexuality, self-image, relationships, and echoes as a whole in the individual's life. In view of this, the present research aimed to understand how the reorganization of the life and sexuality of patients being followed up at the Esterina Corsini Day Hospital takes place, in the period of at least one year after diagnosis. For this, interviews were carried out with generating questions preceded by the characterization of the subjects. The Collective Subject Discourse (CSD) technique by Lefèvre and Lefèvre (2005) was chosen to organize the data. The results led to three thematic axes that encompassed discussions about ways of coping with the disease in the areas: subjective, social and sexuality, each with three CSD. The results of this research covered: re-signification from the disease, biopsychological repercussions of the diagnosis and silence with self-protection; fear of rejection, experience of prejudice and segregation and association of HIV with death; adaptations in the field of sexuality, dispensability of sex with the search for new ways to live life and fear, deprivation and decreased libido. These aspects are discussed from a psychoanalytic perspective, allowing for an understanding of the ways of coping with HIV-positive subjects with regard to life and sexuality. It is concluded that there is no single way to reorganize the field of sexuality, considering that each subject has different intrinsic and extrinsic resources, which may or may not lead to acceptance of the disease and management of difficulties in living with HIV/AIDS. However, it is correct to say that the stigmas rooted in the disease affect and influence all subjects, who have to deal first with the deconstruction of self-prejudice in order to start with ways of coping.

Health Descriptors: HIV infections, Sexuality, social stigma, patient care.



Ata de Defesa de Dissertação
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste
Mestrado

Aos seis dias do mês de setembro do ano de dois mil e vinte e dois, às oito horas, na videoconferência (à distância), da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelos membros: Sonia Maria Oliveira de Andrade (UFMS), Mauricio Antonio Pompilio (UFMS) e Melina Raquel Theobald (HRMS), sob a presidência do primeiro, para julgar o trabalho da aluna: **FERNANDA MARIA SOUZA JULIANO**, CPF 41921740817, Área de concentração em Saúde e Sociedade, do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, Curso de Mestrado, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, apresentado sob o título "**A REORGANIZAÇÃO DA SEXUALIDADE DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS ACOMPANHADAS EM UM HOSPITAL-DIA**" e orientação de Sonia Maria Oliveira de Andrade. A presidente da Banca Examinadora declarou abertos os trabalhos e agradeceu a presença de todos os Membros. A seguir, concedeu a palavra à aluna que expôs sua Dissertação. Terminada a exposição, os senhores membros da Banca Examinadora iniciaram as arguições. Terminadas as arguições, a presidente da Banca Examinadora fez suas considerações. A seguir, a Banca Examinadora reuniu-se para avaliação, e após, emitiu parecer expresso conforme segue:

EXAMINADOR	ASSINATURA	AValiação
Dra. Sonia Maria Oliveira de Andrade (Interno)		Aprovação
Dra. Anamaria Mello Miranda Paniago (Interno) (Suplente)		
Dr. Mauricio Antonio Pompilio (Externo)		Aprovação
Dra. Melina Raquel Theobald (Interno)		Aprovação
Dr. Nathan Aratani (Externo) (Suplente)		

RESULTADO FINAL:

Aprovação Aprovação com revisão Reprovação

OBSERVAÇÕES:

Considerando a coerência teórico-metodológica da pesquisa, a relevância temática e aplicabilidade dos resultados, fica destacada a importância do trabalho desenvolvido. Além do mérito da dissertação em termos da originalidade do conhecimento produzido, destaca-se o domínio do conhecimento do mesmo pela aluna em sua apresentação oral. Assim, após a leitura da dissertação e arguição da aluna, a banca decide pela aprovação.

HOUVE SUGESTÃO DE MUDANÇA NO TÍTULO PASSANDO A SER "A reorganização da vida e da sexualidade de pessoas que vivem com HIV/Aids acompanhadas em um hospital-dia".

Nada mais havendo a ser tratado, a Presidente declarou a sessão encerrada e agradeceu a todos pela presença.

Assinaturas:

Presidente da Banca Examinadora

Aluna

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DSC	Discurso Do Sujeito Coletivo
IC	Ideia Central
OMS	Organização Mundial de Saúde
PVHIV	Pessoa Que Vive Com HIV
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Tratamento Antirretroviral
TCD4	Grupamento de diferenciação 4

AGRADECIMENTOS

Deus tem se mostrado presente em cada detalhe da vida, agradeço a Ele por sempre me lembrar disso, nos meus objetivos, nas minhas relações, nas trocas, no amor que recebo e dou, nas pequenas coisas do cotidiano corrido, nos momentos de dor e tristeza, nos tantos colos e abrigos que recebi para chegar até aqui. Afinal, além do papel e a escrita, a vida, acontecimentos, batalhas e superações não pararam.

Agradeço minha família pelo apoio, por serem fonte para me recarregar. Mãe, sou grata pelas palavras que me marcaram para que eu pudesse sempre buscar o conhecimento, o meu desejo, minha independência, sou efeito dessas palavras e de todo amor dedicado. Agradeço ao meu companheiro Gabriel por toda a dedicação, cuidado, apoio e amor. Eu sei que não tem sido tempos fáceis, grata por estar sempre ao meu lado.

Aos meus amigos, a minha gratidão, pelas risadas de desespero e alegrias, pelo cuidado, amor, atenção e acolhimento aos meus desabafos, por verem em mim o que muitas vezes não consigo enxergar. A amizade sempre me salvou, desde muito cedo.

Agradeço a minha orientadora Dra. Sonia Maria Oliveira de Andrade pela disponibilidade, paciência, apoio, encorajamento em realizar esta pesquisa, me dando segurança neste processo. Agradeço a minha coorientadora Dra. Noemi Bandeira, por primeiramente desde a graduação, me impulsionar por meio do seu trabalho o meu brilho nos olhos e desejo pela psicanálise, e por aqui me auxiliar na persistência dele. Grata pela sua disponibilidade e auxílio. Agradeço a Melina Raquel Theobald e Lariane Marques Pereira, pela disponibilidade e ajuda para com esta pesquisa, auxiliando em sua melhoria.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (PPGSD/UFMS), minha gratidão por todo conhecimento compartilhado, me possibilitando mais como ser-humano e profissional da saúde.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul-UFMS/MEC-Brasil.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1	HIV/AIDS – do surgimento a uma pandemia	9
2.2	Sobre a sexualidade	11
2.3	Estigmas, preconceitos e HIV/AIDS	18
2.4	Cuidado em saúde e singularidade do sujeito	21
3	OBJETIVOS	24
3.1	Objetivo geral	24
3.2	Objetivos específicos	24
4	METODOLOGIA	25
4.1	Tipo e local da pesquisa	25
4.2	Amostra e critérios de inclusão	25
4.3	Coleta de dados	25
4.4	Organização e análise dos dados	26
4.5	Aspectos éticos	28
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5.1	Caracterização dos participantes	29
5.2	Conteúdos discursivos	31
6	CONCLUSÕES	97
	REFERÊNCIAS	98
	ANEXO A – Parecer substanciado CEP	111
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	116
	APÊNDICE B – Roteiro de entrevista	119

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), causada pelo vírus Imunodeficiência Humana (HIV) é considerada como uma pandemia e trouxe com ela muitos preconceitos e estigmas relacionados a doença. A infecção por HIV/Aids é caracterizada como uma doença crônica e isto traz diversos desafios para os profissionais de saúde e para o cuidado, considerando que as ações não se resumem apenas no controle da epidemia, mas também a propagação da informação para que se possa combater a discriminação e os estigmas sociais presentes (FONSECA *et al.*, 2020).

Segundo dados da Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) a estimativa é de que em 2021 38,4 milhões de pessoas vivem com HIV no mundo, sendo que 85% [75–97%] de todas as pessoas vivendo com HIV conheciam seu estado sorológico positivo para o HIV e cerca de 5,9 milhões de pessoas não sabiam que viviam com a sorologia positiva (UNAIDS, 2022).

No Brasil, de acordo com o Boletim Epidemiológico de HIV/Aids (2021), que abrange o período de 2007 até junho de 2021 foram notificados no SINAN 381.793 casos de infecção pelo HIV. Entre o surgimento dos primeiros casos em 1980 até junho de 2021, foram notificados 1.045.355 casos de Aids (BRASIL, 2021).

Na região Centro Oeste foram notificados 29.545 (7,7%) no SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação), sendo que em Mato Grosso do Sul, de 2007 até junho de 2021, houve 5182 casos notificados. Entre os casos de Aids desde 1980 até o último boletim epidemiológico em 2021, foram notificados em Mato Grosso do Sul 12963 casos. A cidade de Campo Grande assume a 21ª posição no ranking nacional em taxa de detecção da Aids, enquanto Mato Grosso do Sul assume o 8º lugar entre os estados (BRASIL, 2021).

Pode-se afirmar que parte da natureza do estigma e do preconceito enraizados em torno da doença tem ligação direta com a sexualidade, tabu instituído desde os primórdios da humanidade. Além do fato de ser uma doença que também é sexualmente transmissível, ela se fez conhecida pelo mundo por formas de se expressar a sexualidade condenadas moral e religiosamente (BASTOS, 2007).

Com o surgimento das doenças sexualmente transmissíveis, a temática que era direcionada a dimensão da vida privada transforma-se em tema de abordagem e

problema de saúde pública, o que ocasiona mais dificuldades, considerando o tabu ao se tratar da sexualidade humana (LEITE, 2015).

Na literatura encontram-se muitos estudos relacionados ao impacto do diagnóstico, entretanto, há poucas publicações científicas que contemplam como a sexualidade se configura depois de um período vivendo com a doença. As lacunas científicas encontradas se demonstram mais no campo da psicologia e psicanálise, da qual apresenta poucos estudos que identifiquem, interpretem e possam gerar intervenções nos aspectos psicológicos negativos bastante evidenciados na literatura que influenciam negativamente na vivência com a doença. Dessa maneira, torna-se relevante compreender como se dá a reorganização da sexualidade dessas pessoas, ancorada no aporte teórico psicanalítico.

Justifica-se esta pesquisa considerando que seus resultados poderão ser de relevância tanto no âmbito individual como social. Estes gerarão subsídios que possibilitarão orientar tanto no campo da saúde, como na área específica da psicologia, o tratamento integral com alcance na promoção da qualidade de vida e saúde. Os dados obtidos poderão, ainda, instrumentalizar o indivíduo soropositivo a fim de exercer sua sexualidade com segurança e tranquilidade, elevando sua autoestima, considerando que o trabalho percorre as fantasias e mecanismos subjetivos que envolvem a vivência com a doença e seus estigmas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HIV/AIDS – do surgimento a uma pandemia

Os primeiros relatos de experiência e contato com a Aids aconteceram no ano de 1980 a partir de casos de pneumonia atípica e de um câncer raro (Sarcoma de Kaposi), identificados em homens jovens sem histórias prévias de doenças e, em sua maioria, homens homoafetivos. Há indícios da aparição da síndrome na África, por volta de 1970, mas o vírus não foi identificado pela falta de um sistema de vigilância eficiente e contexto totalmente vulnerável de desnutrição, guerras civis e miséria, levando ao não conhecimento da síndrome como uma ameaça para humanidade (BASTOS, 2007).

O HIV é pertencente da família *Retroviridae* e subfamília *Lentiviridae*, este por sua vez, é o responsável pelos efeitos citopáticos causados em um período curto e também pela infecção longitudinal constante, resultando no quadro clínico correspondente a Aids (LAZZAROTTO; DERESZ; SPRINZ, 2010).

Segundo os autores Lazzarotto, Deresz e Sprinz (2010) a síndrome autoimune apresenta como principal característica a supressão profunda da imunidade mediada por células T, fazendo com que o indivíduo se torne suscetível às infecções oportunistas, neoplasias secundárias e doenças neurológicas que, se não forem combatidas, levam à morte. Há dois tipos de HIV: o HIV-1 o mais patogênico e que tem mais prevalência no mundo, e o HIV-2 considerado endêmico na região da África Ocidental se alastrando pela Ásia (LAZZAROTTO; DERESZ; SPRINZ, 2010).

Foi a partir da estruturação do Sistema único de Saúde (SUS) que se tornou possível a solidificação da luta contra a Aids no Brasil, por meio de leis como a lei nº 8080/90 e lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990a, 1990b). Para além disso, por meio de marcos sociais e econômicos, houve a mudança da posição das pessoas que vivem com HIV/Aids: de uma participação como receptores, agentes passivos da política a um lugar de ativos e protagonistas de seus tratamentos (ALMEIDA; RIBEIRO; BASTOS, 2022).

O tratamento antirretroviral foi disponibilizado pela primeira vez, internacionalmente, na década de 1980 (ALMEIDA; RIBEIRO; BASTOS, 2022), sendo

o Brasil o primeiro país em desenvolvimento a implementar a terapia antirretroviral em larga escala e gratuitamente (BASTOS, 2007), assim:

A terapia com zidovudina (AZT) teve repercussão em toda a sociedade. Nessa fase, a Aids já não era considerada uma doença nova, e as premissas principais para o seu controle estavam estabelecidas. Contudo, à medida que o uso da monoterapia com AZT se disseminou, dois problemas graves emergiram: os seus efeitos adversos graves e a emergência da resistência viral, no âmbito de cada paciente em tratamento e da população (ALMEIDA; RIBEIRO; BASTOS, 2022, p.843)

Foi a partir de 1996 que ocorreu o maior avanço no tratamento contra a Aids, com a criação do tratamento da terapia tripla antirretroviral. Este por sua vez, alcançou maior resolutividade e efetividade no controle e tratamento da doença (ALMEIDA; RIBEIRO; BASTOS, 2022).

Os dados apontam que mais da metade das novas infecções pelo HIV aconteceu com populações com fatores importantes de vulnerabilidade, sendo: profissionais do sexo, usuários de drogas, homens gays, homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas transexuais, pessoas privadas de liberdade e seus parceiros (COTA; CRUZ, 2021).

Segundo dados do Plano Estadual de Saúde (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2015), desde 2009 é notável uma estabilidade nos números de notificação, ficando visível que a epidemia em Mato Grosso do Sul está relacionada com a interiorização e masculinização, destacando-se que os dados de casos notificados desde 2013 apontam para um crescimento, em particular, com a população masculina. De acordo com o último Boletim Epidemiológico, de 2021, os números de casos de Aids notificados, considerando-se a distribuição por sexo, apresentam diferenças regionais significantes; entretanto todas elas indicam maior número de casos em homens, no Brasil, sendo identificados na região Centro-Oeste, no ano de 2020, 1789 casos em homens e 643 casos em mulheres (BRASIL, 2021)

Nos últimos anos, houve formas de se adaptar a partir da pandemia do HIV, nomeadas como soroadaptativas, que são maneiras de gerir a adversidade de ser infectado e as possibilidades de realizar a gestão individual dos riscos. O crescimento do sexo desprotegido para o HIV está associado ao longo tempo de existência e convivência com o vírus, à resistência ao uso de preservativo, à disseminação do

conhecimento sobre avanços relacionados ao tratamento, incluindo as profilaxias pré e pós-exposição (RIOS, 2021).

No contexto brasileiro, ainda se ressalta a questão do aumento do sexo desprotegido como resultado do conservadorismo, movimento crescente nos últimos tempos, com a prevenção do HIV saindo da rotina, visto que acredita-se em uma falsa informação de que a epidemia de Aids está controlada ou finalizada (RIOS, 2021). Novas possibilidades da epidemia, indicam a necessidade de um olhar mais cuidadoso, considerando o aumento dos números de casos de Aids em crescimento, sendo um percentual evidente do Brasil, entre a faixa etária de jovens de 15-24 anos, entre os anos de 2007 e 2019 (ALMEIDA; RIBEIRO; BASTOS, 2022).

2.2 Sobre a sexualidade

A história da sexualidade percorre um grande caminho nas civilizações desde os seus primórdios. O Cristianismo, apesar de não ter inventado o modelo de comportamento sexual ou podemos falar em outras palavras formas de regulação do corpo, inaugurou importantes mudanças na forma que cada sujeito se relaciona com sua própria atividade sexual; dessa maneira, introduziu uma nova experiência como um ser sexual. Assim, pode-se dizer que houve um novo modo de encarar esse corpo pulsional a partir da visão cristã, que aceitou e ampliou as ideias de uma linha filosófica que discorria sobre uma “ética sexual” estabelecida como modelo padrão a seguir nas relações (FOUCAULT; SENNET, 1981).

Foucault e Sennet (1981) ainda citam como ponto relevante dessa construção do corpo a partir do Cristianismo, a obra de Agostinho que, em sua obra, trata o corpo de Adão, antes da expulsão do Paraíso, como objeto que é submetido à alma, e obediente às suas vontades. Desse modo, o ato sexual acontecia como qualquer atividade realizada e intencionada, e com a naturalidade de plantar sementes, não havendo atos involuntários sobre esse aspecto. Assim, após a queda gerada pelo primeiro pecado provocado pela intenção de adquirir uma vontade própria, o homem passa a perder o controle de si e de seu corpo; não existindo mais a obediência à alma, este corpo passa a se revoltar contra ele, sendo seu sexo indomável igualmente ao que ele foi com Deus, um rebelde.

Essa ideia do ser instintivo e incontrolável marcado pelo pensamento cristão produziu, dentro de suas doutrinas, discursos de moralidade, controle do corpo e impulsos, com o objetivo de alcançar a pureza (FOUCAULT; SENNET, 1981).

Ao colocar a origem do mal na sexualidade, ou seja, “sexualizar” o pecado original, Santo Agostinho deixou seu maior legado à moral cristã: a concupiscência foi o pecado original; o homem é fruto do pecado. Esta concepção fez do mundo algo entravado pelas exigências do corpo que impediam a ascese da alma; o ser humano tornou-se fragilizado e culpabilizado pelo desejo, o que levou a uma exaltação sem precedentes da virgindade. Mais ainda, a visão sexualizada do pecado original faz do homem uma vítima indefesa de uma mulher inescrupulosa e sem princípios que o seduz, levando-o a pecar; pecado este que é sempre sexual (SALLES; CECARELLI, 2010, p. 17)

Os discursos sobre a sexualidade se apresentam em vários períodos da história como uma maneira de padronizar as práticas sexuais, de acordo com a moral de cada época e cultura, considerando que o controle social e político é possível via controle do corpo e sexualidade, na perspectiva Foucaultiana. Segundo Salles e Cecarelli (2010, p.16) “a sexualidade é uma construção, uma invenção, inseparável do discurso e do jogo de poder dentro dos quais ela é constituída e, ao mesmo tempo, se constitui”.

No século XI, as crianças eram criadas no meio de adultos, sem nenhum pudor, sendo comum sua participação em brincadeiras sexuais de adultos. Não havia a ideia de pureza da infância, não existindo restrições de assuntos e ações próximas das crianças na época. A noção de inocência infantil foi introduzida em nossa sociedade a partir do século XVII, iniciando-se uma reforma moral, o que originou uma concepção de criança inocente e pura. Esta nova imagem dada à infância proporcionou a comparação de anjos com crianças, afastando-as totalmente de tudo que remete à sexualidade (ARIÈS, 1981).

O século XVII se caracteriza como a origem de uma época de repressão particular das burguesias e que, segundo Foucault, na sociedade atual não foi possível encontrar a libertação ainda (FOUCAULT, 2012).

No início do século XVII, as práticas sexuais ainda não procuravam o sigilo, sendo a temática sexual dita sem disfarces exagerados. Nesta época, como coloca Foucault (2012), eram consideradas pouco rígidas as normas relacionadas à grosseria, obscenidade, decência em comparação ao século XIX. É a partir desse século que começa a haver modificações dos modos de se expressar a sexualidade.

Ela agora é confiscada pela família conjugal, tendo o seu lugar dentro de casa, sendo absorvida pela função da reprodução. Cria-se em torno do sexo uma mudez; este assunto é dominado pelo casal que dita a lei e cria padrões a seguir, vigorando a norma, possuindo a verdade, o direito de fala, resguardando-se a origem do segredo. A sexualidade é reconhecida então em um único espaço: o quarto dos pais, da família tradicional da época (FOUCAULT, 2012).

Fora do espaço privado, no século XVIII, o sexo passa ser temática da polícia. Não como forma de repressão, mas como fortalecimento e aumento da força do Estado coletivamente e individualmente, apropriando-se desse meio, a fim de servir a uma felicidade pública, ou seja, o Estado como regulador do sexo através de discursos necessários e de cunho público, e não pela via da proibição (FOUCAULT, 2012).

De acordo com Foucault e Sennet (1981) é por meio da sexualidade que as instituições e saberes se apropriam do controle do indivíduo e da sociedade. Este controle é estabelecido pelo pensamento cristão que produziu discursos de moralidade e controle do corpo, caracterizando a sexualidade como medidor de oscilações de subjetividade (FOUCAULT; SENNET, 1981).

A partir do Iluminismo, acontece a discussão sobre as relações entre instinto e a vontade, desejo e virtude, de uma maneira diferente, sem a presença do moralismo que marcou a história da sexualidade. Assim, o homem passa a ser visto como um ser natural, não mais controlado por seus instintos, e sim como um ser social, civilizado que tem a capacidade de controlar-se em prol de um bem maior, neste caso a sociedade (SALLES; CECARELLI, 2010).

No Brasil, por ser um país colonizado, a história da sexualidade sofreu alteração a partir da chegada dos Europeus no continente. O nudismo era considerável natural entre as tribos indígenas, não apresentando associação com o erotismo. Palavras como vergonha e pudor, que no século XVI foram recém-conceituadas, não existiam entre as populações. Foi com a influência da cultura europeia e do cristianismo que se vestiam os corpos nus dos índios e associaram a nudez ao mal e o pecado (PRIORE, 2011).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015) a sexualidade é uma expressão essencial do indivíduo no decorrer da vida, abrange sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é vivenciada e manifesta em

pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos.

Isto posto, a sexualidade como conceito abrange uma percepção ampla da construção social das utilizações do corpo em especial, mas não restrito à genitalidade. Sendo assim, ela se expressa por meio de vários aspectos qualitativos como: “desejo, carinho, amor, abraço, contato, intimidade, toque, afetividade, erotismo, autorrealização, autoimagem, autoestima, dentre outras expressões emocionais, incluindo o ato sexual propriamente dito” (SOUZA JUNIOR *et al.*, 2022).

2.2.1 Pulsão, libido, sexualidade: um olhar psicanalítico

A sexualidade, para a psicanálise, é concebida como uma porta de entrada para entender a vida psíquica. Freud, em 1905, publica os “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” inaugurando uma nova forma de compreender a sexualidade por meio da pulsão sexual, e a descreve como presente desde a infância, em uma época em que se era negada a existência da mesma nas crianças (FREUD, 2010a).

Nesta obra de Freud, a sexualidade é identificada na criança desde os primeiros anos de vida; quando bebê, o prazer se concentra na sucção do leite materno, sendo o ato de sugar caracterizado como primeira manifestação sexual, se apoiando primeiramente nas funções de conservação de vida, para posteriormente se tornar independentes dela (FREUD, 2010a). Assim, as primeiras satisfações sexuais autoeróticas são experimentadas em conexão com funções vitais de autoconservação (FREUD, 2010a).

A sexualidade é então constituída por “todas as atividades dos sentimentos ternos que têm os impulsos sexuais primitivos como fonte, mesmo quando esse impulsos se tornaram inibidos com relação a seu fim sexual original, ou tiveram de trocar esse fim por outro que não é mais sexual” (FREUD, 1996a, p. 137).

A sexualidade não é constituída apenas pela genitalidade, ela pode se manifestar-se pelas zonas erógenas do corpo e por meio das pulsões, podendo atuar independentemente umas das outras, encontrando sua meta de prazer. Dessa forma, comer é tão sexual como o ato sexual em si, assim como pulsões sexuais podem ser redirecionadas e encontrar satisfações por vias tanto das relações quanto da produção, criação – a sublimação -, ou ainda a subversão das mesmas, encontrando saída nas perversões (FREUD, 2010b).

Na clínica, Freud se deparou com a universalidade das perversões sexuais de seus pacientes e, através disso, pode concluir que a sexualidade se configura como uma autêntica constituição sexual. A partir dessa conclusão, a fronteira entre o normal e o patológico torna-se inexistente, contrariando os discursos médicos e psicológicos (JORGE, 2018).

Ao demonstrar que os impulsos perversos são formadores de sintomas nas psicose, aumentamos extraordinariamente o número de pessoas que poder ser incluídas entre os perversos. (...) Assim, a extraordinária difusão das perversões nos obriga a supor que também a predisposição às perversões não é uma peculiaridade rara, e sim parte da constituição julgada normal. (...) A conclusão que agora se apresenta para nós é que, de fato, há algo congênito na base das perversões, mas algo que todos os seres humanos têm em comum, que, como predisposição, pode oscilar na intensidade e ser enfatizado pelas influências da vida. Trata-se de raízes inatas, constitucionais, da pulsão sexual, que numa série de casos se desenvolvem até se tornarem os autênticos veículos da atividade sexual (perversões), e outras vezes sofrem uma supressão (repressão) insuficiente, de modo a poder atrair para si, por via indireta, como sintomas de doença, uma parte considerável de energia sexual (FREUD, 2010a, p. 71-72)

Ao construir seu texto “Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, Freud discorre que há uma particularidade erógena associada a algumas partes do corpo e estas se constituem como zonas erógenas, adotadas como vias para atingir a meta sexual a satisfação nos primeiros anos de vida. Desta maneira, a criança pode transformar-se em perversa polimorfa, podendo se satisfazer de todas as zonas erógenas possíveis, isto porque, as barreiras morais da civilização não foram formadas, não encontrando resistências neste percurso. Mas tarde, na vida adulta, no que diz respeito as neuroses, elas são hierarquizadas (FREUD, 2010a).

Partindo de Freud para Lacan, o trauma sexual infantil é concebido como trauma por contingência, isto é, não é necessário que tenha ocorrido um trauma sexual na infância para que a sexualidade seja traumática; ela é por si só de natureza traumática, independente das histórias do sujeito (JORGE, 2018).

A pulsão torna-se conceito indispensável na compreensão da sexualidade para a psicanálise. A pulsão seria um estímulo para a psiquê, não excluindo que existem outros estímulos além dos pulsionais; eles são configurados como estímulos fisiológicos e possuem uma reação do corpo involuntária (FREUD, 2010b).

Essa distinção é demarcada por Freud (2010b), considerando que o estímulo pulsional não advém do ambiente externo, mas sim do mundo interior de cada

organismo. Atua de formas variadas sobre a psique, sendo necessárias outras respostas para que se cesse.

Assim, a pulsão é considerada como uma força constante, e não momentânea, de impacto. Por se originar internamente é refratária a qualquer tipo de fuga. A melhor designação para esse estímulo pulsional é “necessidade” e a única forma de se suprimir a necessidade é satisfazendo-a (FREUD, 2010b).

O aparelho psíquico é ordenado pelas sensações que envolvem prazer-desprazer, o que Freud chamou de princípio do prazer. Isto determina a maneira com o que o sujeito vai se dispor em relação aos estímulos. A pulsão é delimitada como um conceito entre o somático e o psíquico, como uma via que exige uma função a psique por sua ligação com o corpo (FREUD, 2010b).

Na construção do conceito de pulsão, que se torna indissociável da sexualidade, Freud coloca, em um primeiro momento, a oposição entre duas pulsões: a pulsão do Eu ou de autoconservação e as pulsões sexuais, baseando-se nas neuroses de transferências (histeria e neurose obsessiva). O núcleo destas neuroses estaria entre o conflito entre exigências da sexualidade e do Eu (FREUD, 2010b).

As pulsões vão caminhar para quatro destinos ou ainda como tipos de defesa contra a pulsão: a reversão no contrário, o voltar-se contra a própria pessoa, a repressão e a sublimação (FREUD, 2010b). É a partir dos tipos de defesa contra a pulsão que Freud chega às formas de polaridade da vida psíquica, sendo o princípio do prazer elemento regulador entre as sensações de prazer-desprazer. A investigação sobre essa temática fez com que fosse possível chegar a novas formulações sobre a pulsão.

Em “Além do princípio do prazer”, escrito em 1920, Freud diz que o princípio do prazer é uma forma primária de desempenho do aparelho psíquico, contudo, se mostra com regularidade seu bloqueio, devido as pulsões de autoconservação do Eu. O princípio do prazer acaba por ser substituído pelo princípio da realidade, que faz um caminho de abandono temporário do prazer, renúncia da satisfação, aceitação do desprazer, até chegar ao caminho do prazer novamente; esta dinâmica foi nomeada como compulsão à repetição. Esta observação trouxe a conclusão de que não era só a busca pelo prazer que o psiquismo realizava, sendo necessário aumento da carga de excitação psíquica, o que gera desprazer, para depois retomar o caminho do princípio do prazer. A repetição, desse modo, apresenta-se como forma de domínio a

essas cargas de excitações, possibilitando vivências menos traumatizantes, objetivando o equilíbrio e a constância (FREUD, 2016).

Com a o avanço da teoria, e a descoberta da compulsão à repetição, Freud pôde reclassificar as pulsões em: pulsões de vida e pulsões de morte. A primeira diz a respeito à busca da renovação da vida e movimento, e a segunda a tendência de se livrar de qualquer carga de excitação alta, levando ao estado inorgânico ou de inanição (FREUD, 2016).

Lacan, por sua vez, coloca que o uso da função da pulsão apresenta como sua qualidade o que é da ordem da satisfação. Dessa maneira, a pulsão é uma montagem “de saída, se apresenta como não tendo nem pé e nem cabeça” (LACAN, 2008a, p.167). Ou seja, é caracterizada por descontinuidade e ausência de lógica racional” (ROUDINESCO; PLON, 1998). Segundo Lacan (2008b, p. 173) “a pulsão é precisamente essa montagem pela qual a sexualidade participa da vida psíquica, de uma maneira que se deve conformar com a estrutura de hiância que é a do inconsciente.

Segundo Lacan (2008b), as pulsões estão relacionadas a uma condição econômica, que depende diretamente das circunstâncias em que se pode efetuar a finalidade do princípio do prazer, a um nível denominado *Real Ich*, ou seja a uma função que possa estabelecer a constância e equilíbrio de tensões internas.

Ainda segundo o autor, as pulsões seriam parciais, na medida em que se relacionam com a finalidade biológica da sexualidade, ou seja, de reprodução, no desenvolvimento da realidade psíquica (LACAN, 2008b).

No campo das pulsões e sexualidade, ainda encontramos o conceito de libido, que se torna indissociável para compreensão delas. Partindo de Freud primeiramente, a libido é conceituada como “uma força quantitativamente variável que poderia medir processos e transposições no âmbito da excitação sexual” (FREUD, 2010a, p. 135), ainda se diferenciando da energia de processos psíquicos em geral ela também constitui um caráter qualitativo, e pode ser distribuída a todos os órgãos do corpo. A partir disto, foi possível observar um *quantum* de libido, denominada como libido do Eu ou narcísica, que só se é possível encontrar acesso a partir da libido objetal (FREUD, 2010a). O dicionário de psicanálise define libido como:

Termo latino (libido = desejo), inicialmente utilizado por Moriz Benedikt e, mais tarde, pelos fundadores de sexologia, para designar uma

energia própria do instinto sexual, ou libido sexuais. Sigmund Freud retomou o termo numa acepção inteiramente distinta, para designar a manifestação da pulsão sexual na vida psíquica e, por extensão, a sexualidade humana em geral e a infantil em particular, entendida como causalidade psíquica (neurose), disposição polimorfa (perversão), amor-próprio (narcisismo) e sublimação (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 471)

Na teoria lacaniana a definição de libido estaria ligada a uma operação metafórica, sendo renunciada a ideias biologizantes e naturalistas. A libido assim, de maneira virtual, apresenta uma paridade na presença de uma medida comum, que se apresentam qualitativamente diversas em suas demonstrações. Portanto, este enfoque nas questões das diferenças qualitativas se torna possível por meio da pesquisa atrelada no campo da linguagem (RAVANELLO; DUNKER; BEIVIDAS, 2017).

A libido é uma presença concreta do desejo. Dessa maneira Lacan aproxima a libido das questões relacionadas aos discursos, sendo definida como “presença de desejo e, conseqüentemente, alheia as reduções as bases objetivantes, reafirma a direção epistemológica a ser tomada em relação aos conceitos fundamentais do campo psicanalítico ao se adotar a via lacaniana” (RAVANELLO; DUNKER; BEIVIDAS, 2017, p.13).

Assim, a sexualidade é estruturada como linguagem, representando um intervalo entre o recalcado primordial e a interpretação, que se mantém presente na vida psíquica por meio das pulsões parciais. A partir daí a sexualidade encontra seu alicerce no campo do Outro, pois é por meio da sexualidade do Outro, manifesta em linguagem, que o sujeito pode se constituir como tal. Dessa maneira, para Lacan, o sujeito vivencia sempre um impasse quanto sua sexualidade que permeia entre o seu desejo e o desejo do Outro (CATÃO, 2017).

2.3 Estigmas, preconceitos e HIV/AIDS

Com o avançar dos estudos e desenvolvimento da Terapia Antirretroviral combinada (TARV), houve modificação quanto à expectativa e qualidade de vida dos sujeitos que vivem com o vírus, passando a ser um agravo clínico controlável. Entretanto, há ainda alguns estigmas muito fortes relacionado ao HIV, de ordem

simbólica, que não se desfez com a evolução terapêutica, estes são mediados pelas percepções, valores éticos, morais e religiosas que foram alicerçadas em metáforas antigas da doença (ALMEIDA; RIBEIRO; BASTOS, 2015).

De acordo com Cazeiro, Silva e Souza (2021), a genealogia da Aids pode ser considerada como dupla, isto porque pode ser considerada como invasão, assim como o câncer, no campo do microprocesso. Em relação à transmissão, contudo, produz significado de uma metáfora mais antiga à poluição, o mesmo que lembra da sífilis.

Alguns autores associam o HIV como a nova peste do mundo moderno devido ao caráter atribuído de culpabilidade e transgressão moral dirigida ao doente. Essa atribuição acontece diante dos primeiros casos de óbitos que aconteceram com a população homoafetiva. A homofobia como preconceito estrutural de nossa sociedade é elemento importante de associação ao estigma do HIV (ALMEIDA; RIBEIRO; BASTOS, 2015).

Para Antunes, Rosa e Brêtas (2016, p. 3) “a doença é também uma construção social. Está distribuída desigualmente entre indivíduos, as classes e os povos, sobretudo por meio da diferença do acesso ao atendimento, no preconceito e isolamento daqueles considerados um perigo para os demais.

O HIV/AIDS tem uma história própria, fundada por preconceito, que foi popularizada e associada a imagens de populações específicas. A partir disso, os estigmas e preconceitos da doença tomaram força ao se relacionar com outros preconceitos estruturais já existentes nas massas. A chamada fábula dos 4H foi elaborada por epidemiologistas equivocados e consistia em correlacionar o HIV/AIDS com homossexuais (H1), haitianos (H2), hemofílicos (H3) e heroínômanos (H4). Construída por uma má ciência custou anos para que se desfizesse por meio do pensamento crítico (BASTOS, 2007).

O primeiro H foi destinado à população de homens homossexuais. A cena gay ocidental no ano de 1960, ganhou visibilidade por meio da transformação social e protestos vividos na época, encabeçados por movimentos sociais de minorias. Desta maneira a cena gay afirmou em sua luta, três frentes: exaltação da liberdade sexual, orgulho pela condição homossexual (*gay pride*) e engajamento político, através, principalmente, de movimentos sociais de base comunitária (BASTOS, 2007).

Dentro desta concepção-do primeiro H, existiam três vertentes que embasavam os estigmas e preconceitos criados com homossexuais e o HIV. A primeira vertente,

discorria sobre a hipótese de que o HIV não é de origem infecciosa e está relacionado ao uso de substâncias utilizadas frequentemente na cena gay na época nomeado como nitrito de amila. A segunda vertente acreditava que a síndrome era uma afecção exclusiva de homens gays. A terceira e última, se referia a transmissão ligada ao sexo anal apenas, o que gerou, mais uma vez, a culpabilidade direcionada aos homossexuais (BASTOS, 2007).

O segundo H foi relacionado com os haitianos, isto devido ao quadro político caótico do país resultado de anos de ditadura. Esse cenário ocasionou exportação de mão de obra barata para outros países, onde os haitianos viviam em condições precárias e se sujeitavam a trabalhos informais e ilícitos com baixa remuneração. As condições de vulnerabilidade dessa população e de imigrantes criaram o ambiente perfeito para que o HIV pudesse ser alastrado, e também para culpabilizar e estigmatizar uma nação, como se o vírus tivesse uma preferência (BASTOS, 2007).

O terceiro H foi associado aos hemofílicos. Isto se deu, devido a exploração de partes do corpo que acontecia antes da década de 1980, sendo os órgãos e o sangue produtos a serem vendidos. O comércio de sangue em específico gerava em torno de pessoas vulneráveis que viviam em situações precárias que eram considerados doadores profissionais, em troca de pequenas quantias de pagamento. Assim, no fim da década de 1970 foram infectados por HIV e outras afecções milhares de hemofílicos e outros pacientes que precisavam fazer uso da transfusão sanguínea (BASTOS, 2007).

O quarto e último H é considerado um falso H, isto porque se associou a transmissão do HIV a só usuários de heroína por conta do compartilhamento de seringas e agulhas. Entretanto, os usuários de cocaína injetável também faziam parte e ainda estavam mais expostos a contaminação devido as doses repetidas característica do uso da droga quando se injeta. Dessa forma, o quarto H, seria na verdade um CH (BASTOS, 2007).

Todos esses estigmas associados a “grupo de riscos”, ganharam força por uma mídia sensacionalista, que realizava uma distorção junto com a estigmatização da Aids era uma doença incurável que levava a morte. Isto por sua vez, espalhava pela população sentimento de rejeição, medo e estigmatização com a população soropositivo, sendo no Brasil os dois grupos mais afetados os homossexuais e os usuários de drogas injetáveis (VILARINHO; PADILHA, 2016).

Tratar sobre o tema Aids não é algo fácil, considerando que desde seu surgimento, e ainda hoje, em graus menores, se caracterizou como uma doença carregada de tabus, preconceitos e medos, por atingir determinados grupos de risco, sendo estes estigmatizados pelos seus comportamentos que não eram aceitos na sociedade (VILARINHO; PADILHA, 2016).

Em 2019 foi utilizada a ferramenta “Índice de Estigma em Relação a pessoas Vivendo com HIV”, em sete capitais brasileiras. Os resultados mostraram que 81% das pessoas entrevistadas, sendo a maioria negras, ainda possuem dificuldades em expor que vivem com o HIV, apontando, ainda, que quase metade dessa população (47,9%), manifesta diagnósticos relacionados à saúde mental nos últimos 12 meses (PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS, 2019). Para Cazeiro, Silva e Souza (2021) o estigma também acompanha alguns grupos sociais, como é o caso dos soropositivos para o HIV, impactando no adoecimento e sofrimento psíquico e social.

O pensamento crítico e científico caminha para desfazer o preconceito relacionado a esses sujeitos, mas alguns desses pensamentos ainda permeiam o imaginário coletivo, principalmente de pessoas que não têm acesso à informação (BASTOS, 2007).

2.4 Cuidado em saúde e singularidade do sujeito

Em 1948, a OMS definiu saúde como um estado completo de bem-estar que abrange o físico, mental e social, não se restringindo apenas a ausência de doença (OMS, 1972). Entretanto, este conceito é considerado inatingível e utópico, a pensar que estabilidade em todos estes âmbitos não é uma realidade diante das demandas da vida e acontecimentos externos que exigem sempre flexibilidade dos sujeitos a depender de sua própria singularidade e condições sociais.

Na perspectiva de Guatarri, a singularidade, ou processos de singularização acontecem quando movimentos sociais assumem formas de produção de subjetividades que acabam por transformar as subjetividades que foram colonizadas pelo capitalismo. A singularização, seria a “revolução molecular”, da qual é possível compor subjetividades com autonomia em relação às máquinas sociais que se ligam ao fluxo do capitalismo (KEPLER, 2015).

Com o surgimento das doenças sexualmente transmissíveis, houve também a necessidade de que aquilo que era tratado na dimensão do privado se tornasse tema de abordagem e problema de saúde pública, o que ocasionou mais dificuldades em tratar do tema, considerando a reserva, culpabilidade e valores das pessoas ao se tocar nessa temática. Sabe-se que existe um impacto do diagnóstico na vida do sujeito, principalmente no que diz respeito aos primeiros momentos e readaptações. O diagnóstico de infecção por HIV transforma as perspectivas do sujeito em relação a si próprio e também no contexto em que está inserido, ecoando no âmbito social e pessoal, sendo capaz de prejudicar as relações interpessoais e a autoestima (SÁ; SANTOS, 2018).

De acordo com Sá e Santos (2018) pesquisas indicam que a pessoa que vive com HIV (PVHIV) tem sua qualidade de vida afetada principalmente no âmbito da atividade sexual. A partir da infecção o indivíduo pode se deparar com diversas dificuldades diante da vivência com HIV/Aids, são elas: o revelar o diagnóstico, medo de perder o parceiro diante do diagnóstico e ressentimentos.

O HIV se caracteriza também como um fator social e histórico que carrega consigo a marca da vulnerabilidade social, além de seus estigmas e discriminação. Portanto, abordar a questão da sexualidade se torna mais difícil baseando-se no fato de que a sexualidade que está posta para um pode funcionar de diferentes maneiras e se reorganizar de diversas formas (FONSECA *et al.*, 2020).

A prevenção não é responsabilidade apenas do sujeito. Há outros fatores que têm grande influência como: nível de escolarização, acesso à comunicação, disponibilidade de recursos materiais, o poder de influenciar políticas, viabilidade para confrontar barreiras culturais e, por último estar, livre de coerção violenta ou ter a possibilidade de se defender diante delas (SÁ; SANTOS, 2018).

Os autores Bonolo, Gomes e Guimarães (2007) apontam também as dificuldades com a adesão medicamentosa das pessoas em tratamento, que giram em torno de atributos sociodemográficos e psicossociais; acesso e uso de serviços de saúde; tratamento; compreensão da doença; e emergência da doença na adesão.

Diante disso, se o cuidado em saúde não se pautar na singularidade do sujeito, abarcando sua sexualidade e o âmbito do social, acaba-se reproduzindo um modelo de educação em saúde que consegue avançar até certo ponto. É preciso atentar-se a especificidade do tema sexualidade, considerando que as duas estratégias para se

combater o HIV estão ligadas a duas perspectivas: prevenção e tratamento (SÁ; SANTOS, 2018).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender como se dá a reorganização da vida e sexualidade de pacientes em acompanhamento no Hospital dia há, no mínimo, um ano após diagnóstico.

3.2 Objetivos específicos

Para o alcance do objetivo geral foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- a) caracterizar a população de estudo segundo variáveis sociais;
- b) compreender a repercussão afetivo-emocional no enfrentamento do HIV/Aids;
- c) interpretar as percepções sobre impacto da condição de soropositividade nas relações sociais;
- d) identificar os mecanismos subjetivos em torno da forma de viver a sexualidade após o diagnóstico.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo e local da pesquisa

A presente pesquisa se caracteriza como uma pesquisa qualitativa, descritiva, seccional, com base em dados primários, pois trata-se de uma pesquisa realizada por entrevistas com um determinado grupo de pessoas, sendo os dados coletados em primeira mão pela pesquisadora.

A metodologia qualitativa empregada a saúde, visa não olhar apenas o fenômeno em si, mas também compreender o seu significado no plano individual e/ou coletivo na vida dos indivíduos (TURATO, 2005). Trata-se de olhar um lugar mais aprofundado sobre as relações, processos e fenômenos com base nas Ciências Humanas e Sociais, de modo a não ser diminuída a instrumentalização de variáveis, considerando que não pode ser quantificado o nível de realidade do sujeito (MINAYO, 2001).

Assim a pesquisa qualitativa tem como eixo principal o significado, que se apresenta segundo Turato (2005) como uma “função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde” (p. 509).

A pesquisa aconteceu no Hospital-dia Esterina Corsini, Unidade de doenças infecciosas e parasitárias (UDIP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

4.2 Critérios de inclusão/exclusão

Os critérios de inclusão foram adultos de ambos os sexos com idade superior a 18 anos, com HIV/Aids, em acompanhamento no Hospital-dia há, no mínimo, um ano, por ocasião da coleta dos dados. Os critérios de exclusão estabelecidos diziam respeito a pessoas com prejuízos cognitivos e indígenas aldeados. Trata-se de uma amostra não probabilística por conveniência.

4.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de 15 de julho de 2021 a 30 de julho de 2021. O processo de obtenção se deu em três etapas.

Primeiramente os participantes foram identificados pela equipe do Hospital-dia considerando o período de tratamento. Após a identificação dos que preenchiam os critérios de inclusão, a equipe sinalizou a pesquisadora para que fosse realizado o primeiro contato.

Em um segundo momento foi realizado o convite para a participação da pesquisa, sendo explicados seus objetivos, e todos outros fatores que envolvem a pesquisa, incluindo riscos e benefícios. Após aceitarem a participar da pesquisa os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

A terceira parte foi constituída pela aplicação de um roteiro de caracterização do participante elaborado para fins da pesquisa, seguido pela entrevista semiestruturada com questões norteadoras (Apêndice B).

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi submetido à pré-teste, visando à análise de sua adequação para o alcance dos objetivos estabelecidos e a promoção de ajustes que se fizessem necessários.

Para registro dos dados foi solicitada a autorização para utilização de gravador de voz pelo celular. Dezenove participantes autorizam gravação de áudio, sendo que uma participante se recusou a realizar a gravação; a vista disso foi realizado o registro da entrevista por transcrição a próprio punho no momento da coleta.

As entrevistas foram realizadas na sala em que aconteciam os atendimentos de psicologia no Hospital Dia, sendo possível a preservação do sigilo e confidencialidade do teor das entrevistas. O ambiente disponibilizado dispunha de mesa, cadeiras adequadas, climatização e privacidade, livre de interferências.

4.4 Organização e análise dos dados

A metodologia escolhida para organização dos dados das entrevistas foi o Discurso do Sujeito Coletivo por Lefèvre e Lefèvre (2005).

As categorias de sentidos podem ser de caráter empírico ou teórico, empírico se aproximando mais das representações sociais, e teórico na medida que se aproxima de teorias interpretativas (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005), como é o caso desta pesquisa.

Para Lefèvre e Lefèvre “A resultante final de uma pesquisa com o DSC (um painel de depoimentos coletivos) é um constructo, um artefato, uma descrição

sistemática da realidade e uma reconstrução do pensamento coletivo como produto científico” (2014, p. 504). Dentro do DSC existem as seguintes figuras metodológicas: expressões-chave (ECH), ideais centrais (IC) e, algumas vezes, ancoragem (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

As expressões-chave (ECH) são os destaques, as partes sublinhadas e iluminadas pelo pesquisador, que podem ser trechos ou transcrições literais, estas demonstram a estrutura do depoimento, o conteúdo do discurso que corresponde o objetivo da pesquisa (LEFÈVRE; LEVÈFRE, 2005).

As ideias centrais (IC) compreendem “um nome ou expressão linguística que revela e descreve, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH, que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

A ancoragem (AC) por sua vez:

Remete não a uma IC correspondente, mas a uma figura metodológica que, sob a inspiração da teoria da representação social, denomina a ancoragem (AC), que é a manifestação linguística explícita de uma teoria, ou ideologia, ou crença que o autor do discurso professa e que na qualidade de afirmação genérica, está sendo usada pelo enunciador para “enquadrar” uma situação específica (LEFÈVRE; LEVÈFRE, 2005, p.16)

Os dados, conforme a técnica do DSC, são tabulados em seis passos da seguinte maneira, após transcritos os conteúdos discursivos: o primeiro passo consiste em analisar as questões isoladamente, ou seja, de acordo com o roteiro de entrevista, irá ser analisada a questão 1 de cada participante, depois a 2, e assim, sucessivamente. O segundo passo consiste na identificação e o sublinhar as expressões chaves das ideias centrais e das ancoragens. No terceiro passo são identificadas as ideias centrais e a depender suas ancoragens. No quarto passo o objetivo é identificar e agrupar as ideias centrais e as ancoragens de mesmo sentido ou de sentido equivalente, ou de sentido complementar (LEFÈVRE; LEVÈFRE, 2005).

No quinto passo são feitos os agrupamentos (denominados como A, B, C etc.) objetivando nomear uma ideia central que abrange, da melhor forma, os conteúdos agrupados. Desta forma, segue-se para o último e sexto passo, que é a construção do DSC ((LEFÈVRE; LEVÈFRE, 2005).

Esses autores citam a metodologia como uma forma de “espelho psicanalítico” em que se reproduz o pensamento de coletividades e grupos, transformando o método

em uma ferramenta útil para futuras intervenções que despertem as consciências coletivas e/ou possibilita ainda novas discussões com posturas e opiniões diferentes (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2014).

A análise dos dados se deu com aporte do referencial teórico da Psicanálise de Freud e Lacan e com suporte da produção científica referente ao tema.

4.5 Aspectos éticos

O projeto atendeu todos os requisitos éticos exigidos pela legislação vigente e foi aprovado pelo parecer N° 4.371.174, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (Anexo A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Caracterização dos participantes

A caracterização dos participantes possibilita a identificação das variáveis de interesse, sendo subsidiárias à discussão (tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa segundo variáveis demográficas e sociais, Campo Grande – 2021

Variáveis	Nº	%
Sexo		
- Masculino	14	70
- Feminino	6	30
Idade (em anos)		
- 24-33	7	35
- 34-43	4	20
- 44-53	5	25
- 54-63	1	5
- 64 e mais	3	15
Orientação sexual		
- heterossexual	14	70
- homossexual	6	30
Religião		
- Católica	7	35
- Evangélica	7	35
- Cristã	2	10
- Umbanda	1	5
- Não possui	3	15
Escolaridade		
- ensino fundamental incompleto	8	40
- ensino fundamental completo	1	5
- ensino médio incompleto	1	5
- ensino médio completo	5	25
- ensino superior incompleto	2	10
- ensino superior completo	3	15
Tempo de vivência (em anos)		
- 1-5	6	30
- 6-10	2	10
- 11-15	5	25
-16-20	3	15
- 21-25	4	20

O público-alvo foi composto por 20 adultos de ambos os sexos com idade superior a 18 anos, sendo 14 homens (70%) e 6 mulheres (30%), este dado entra em concordância com o último Boletim Epidemiológico de 2021, que contempla o período de junho de 2007 a junho de 2021, do qual demonstra que a distribuição de sexo apresenta diferenças regionais significantes, porém em todas as regiões indicam maior número em homens, sendo no Centro-oeste 1789 casos em homens e 643 casos em mulheres (BRASIL, 2021). É possível relacionar estes dados com questões de gênero e cuidado a saúde, considerando que os homens, principalmente, heterossexuais apresentam-se mais restritos ao autocuidado devido a questões culturais, em que o machismo se mostra atuante, envolvendo o que é ser homem e a própria virilidade.

Quanto a faixa etária o grupo com mais participantes foram da idade de 24-33 anos correspondendo a 7 (35%), seguidos de 44 a 53 anos (25%) e 34 a 43 anos (20%). De acordo com o último Boletim, observou-se que a faixa etária com maior índice de infecção por HIV está entre 20 e 34 anos (52,9%) (BRASIL, 2021).

Em relação a orientação sexual 14 pessoas (70%) se declararam heterossexuais e 6 homossexuais (30%), aponta um caminho diferente em relação ao estigma, e o que difere dos dados do boletim, em que 52,1% dos casos em homens se deram por exposição homossexual e bissexual, e em mulheres 86,8% dos casos em heterossexuais (BRASIL, 2021). De acordo com Rios (2021), os homens que fazem sexo com homens (HSHs) devido a associação com o estigma são considerados os principais responsáveis pelas práticas soroadaptativas e pelo consumo de maior quantidade de conhecimento biomédico.

A escolaridade dos participantes se concentrou no ensino fundamental incompleto com 8 participantes (40%), seguido ensino médio completo com 5 (25%) e ensino superior completo com 3 (15%). Segundo o Boletim Epidemiológico, identificou-se um percentual elevado de escolaridade não relatada, o que dificulta uma avaliação a essa variável. Em relação a escolaridade informada, os dados apontam para maior parte com ensino médio completo (21,5%) (BRASIL, 2021). O nível de escolaridade é um fator muito importante diante do enfrentamento diário da vivência com HIV. Este apresenta grande interferência nas formas de elaboração do impacto do diagnóstico, o que foi possível confirmar nesta pesquisa, do qual formas de enfrentamento mais saudáveis foram mobilizadas diante da capacidade de

compreensão do funcionamento da doença, o que possibilita melhor adesão ao tratamento e menor possibilidade de abandono do tratamento.

O tempo de vivência variou de 1 a 25 anos, com maior número de participantes entre 1-5 anos, 6 participantes (30%), seguido por 11-15 anos, 5 participantes (25%) e 21-25 anos, 4 participantes (20%). De acordo com alguns dados da literatura pessoas com maior tempo de vivência com o HIV tendem a aceitar e se adaptar melhor a doença e ter melhor aderência nos tratamentos (OLIVEIRA *et al.*, 2015; HIPÓLITO *et al.*, 2017; FOREST, *et al.* 2017).

5.2 Conteúdos discursivos

Os resultados das entrevistas foram expressos em forma do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), sendo identificadas, primeiramente, as expressões-chave e, aquelas com conteúdo semântico similar, dando origem às ideias centrais, que consistem em palavra ou expressão que abrange o conteúdo discursivo. Posteriormente foram agrupadas as expressões-chave referentes à mesma ideia central, constituindo-se, assim, o DSC. Foram identificados três eixos temáticos, correspondendo a cada um, três ideias centrais, o que permitiu o alcance dos objetivos da pesquisa (Figura 1).

Figura 1 – Eixos temáticos e discursos (DSC) originados das ideias centrais síntese

Eixo temático 1 Vivência subjetiva e adaptação a partir da doença	Eixo temático 2 Subjetividade e vivência social	Eixo temático 3 Reorganização da sexualidade
Ressignificação a partir da doença	Medo de rejeição	Adaptação no campo da sexualidade
Repercussões biopsicológicas do diagnóstico	Vivência do preconceito e segregação;	Medo, privação e diminuição da libido
Silêncio como autoproteção	HIV associado à morte.	Dispensabilidade de sexo e busca de novos caminhos para viver a vida

5.2.1 Vivência subjetiva e adaptação a partir da doença

Nesta temática foram incorporadas três ideias centrais: ressignificação a partir da doença, repercussões biopsicológicas do diagnóstico e silêncio como autoproteção. Os três discursos gerados a partir das ideias centrais, dizem respeito aos conteúdos expressos nas entrevistas relacionados a: experiência, afetos e mecanismos subjetivos mobilizados diante da vivência do HIV/Aids, assim como, a adaptação e enfrentamento a partir dela.

Ressignificação da vida a partir da doença

A primeira ideia central a ser discutida, abarca um discurso construído a partir do impacto do diagnóstico, e a construção coletiva sobre a aceitação da doença e ressignificação da sexualidade, da forma de se relacionar com os outros, consigo mesmo, e a partir disso, construir novos sentidos diante da vivência com a doença.

“Eu tive que aceitar, fazer o quê. Fiquei bem abalada e hoje, assim, eu aceito. Hoje eu estou, já... com essa coisa. Ou me quer ou não quer. Se gostar de mim vai me aceitar do jeito que eu sou. Eu coloquei isso na minha cabeça. Foi difícil, foi difícil no começo sim.

Porque não tem como isso não mexer com você né. Eu procuro viver uma vida normal, igual eu falo eu procuro viver uma vida normal, só lembro disso quando eu vou tomar remédio e quando venho aqui só, não penso durante o dia, não penso nada, entendeu. Então tipo assim depois que eu comecei a ter essa postura, eu percebi que eu comecei a ter uma convivência melhor, até comigo né, internamente né.

Aí a partir do momento que eu comecei a fazer o tratamento e eu comecei a me entender mais, a me aceitar mais, aí eu me permiti a tipo me amar mais, independente do diagnóstico ... tem mal que vem pra bem né, hoje em dia como pessoa assim de estabilidade emocional eu acho que eu sou muito confiante, sabe? Muito bem decidido. depois que veio minha segurança, eu consegui me relacionar com outras pessoas, voltei a me sentir bonito, a me cuidar mais.

Aí fui entendendo tudo isso, fui vendo como é, aí é essa questão da sexualidade foi ficando mais tranquilo assim. Pra mim... pra mim foi pra melhor, eu passei a me

amar mais, é... não digo em questão de estética nem nada, mas assim questão de... é... com quem eu me relaciono, em questão de... de selecionar amizade, de filtrar a família.

Hoje assim eu me sinto uma pessoa mais segura, mais igual falei feliz, vivo o dia, uma coisa que mudou bastante coisa esses anos todos, antes de eu descobrir o diagnóstico nossa eu... eu não tinha sensibilidade, eu notei que depois que aconteceram esses problemas comigo, eu mudei a visão do mundo, da vida pra mim mudou totalmente.

Mudou o sentido da vida tudo. Você começa a ter uma visão diferente da vida e começa a... a valorizar mais, valorizar mais as coisas! Fui mudando totalmente, hoje eu sou uma pessoa mudada, transformada ... a vida não acabou... esse é o meu lema, a vida não acabou, não é à toa que tem que viver, é igual eu falo assim, eu vivo... eu vivo o dia hoje. E mostrar a sua força pra outro, passar pra alguém que está precisando de uma palavra, porque as vezes a pessoa se sente tão pequena, tão sei lá, medíocre com essa doença, então assim tinha que ter essa coisa de que alguém passar uma coisa positiva, “gente a vida não acabou não, vamos”.

Isso fazia parte de mim, mas não era o que me definia. Foi assim que eu voltei a fazer as coisas que eu gostava de fazer, voltei a ficar mais tempo com os meus amigos” (P03, P05, P06, P10, P16, P18).

No primeiro DSC fica explícito como os sujeitos ressignificaram suas vivências a partir do diagnóstico, que no primeiro momento se apresenta como uma experiência que envolve sofrimento psíquico, sendo preciso percorrer um caminho único de cada sujeito para construção de novas perspectivas.

Para Selli *et al.* (2008) os processos de significação e ressignificação da saúde e doença produzem subjetivação, desse modo, a subjetividade se apresenta como uma pluralidade, sendo por meio das múltiplas relações entre pares que ela se ancora para sua construção.

Dessa forma, o adoecer não se resume ao diagnóstico e os significados médicos atribuídos a ele, o adoecer vai adiante desses fatores, ele é o “sofrer a doença”, engloba significados no registro de cada biografia de vida, de cada singularidade, trazendo a possibilidade do indivíduo de passar por um processo integral de significações a partir dele (ÁVILA, 2012). Ainda, o adoecimento pode ser associado a um modo de comunicação do corpo e transmissão de sentidos a

sociedade (VAZ; COSTA, 2015), ele pode ser visto contraditoriamente como “questionamento e réplica”, “resistência e denúncia”, membro de resistência pelo não dizer, mesmo que posto num corpo caracterizado como fragmentado, e denúncia, pois evidencia uma lógica de produção estabelecida ao sujeito de modos de ser (GOMES; PRÓCHNO, 2015).

Gomes *et al.* (2021) em seu estudo conclui que por meio de pontos de ancoragens importantes como trabalho, família, amigos, espiritualidade, é possível que estes sujeitos impulsionem o seguimento da vida, sendo fatores importantes para fortalecimento do sentido da vida. Desse modo, conclui que a pessoa soropositiva trilha em um primeiro momento a vivência de ideias negativas, prosseguindo para o encontro de um equilíbrio no seu modo de vida com uma doença crônica, tendo como revigoração a esperança (GOMES *et al.*, 2021).

Santos, França Júnior e Lopes (2007), em uma pesquisa sobre qualidade de vida das pessoas que vivem com Aids, concluíram que no âmbito físico e psicológico os sujeitos apresentavam boa qualidade de vida, sendo os campos mais prejudicados aqueles relacionados ao social e familiar. Pessoas que vivem com menos de dois anos de diagnósticos apresentaram escores piores de qualidade de vida, atribuindo isso a adaptação à nova condição.

Em outro estudo sobre a qualidade de vida de pessoas com HIV, pode-se concluir boas pontuações na maioria dos domínios que caracterizam boa qualidade de vida, destacando domínios psicológico (67,9) e espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (65,7). As piores pontuações destacaram-se nos domínios meio ambiente (59,2) e nível de independência (55,1). Os piores escores nestes domínios também são afirmados por outros estudos brasileiros e internacionais (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Vale ressaltar que o avanço do tratamento, abordado por alguns estudos, possibilitou o aumento da qualidade de vida das PVHIV, sem muitas anormalidades significativas, o que trouxe mais segurança na sua utilização (MOURA *et al.*, 2021). A qualidade de vida está diretamente ligada a adesão medicamentosa de forma correta, afirmam Souza *et al.* (2019). Estes autores também ressaltam que os fatores contribuintes em termos de adesão são ambientais, psicológicos e físicos.

Foresto *et al.* (2017) concluem, em sua pesquisa, que pessoas com maior o tempo de diagnóstico e maior contagem de células TCD4, apresentam também maior taxa de adesão ao tratamento, o que corrobora outros estudos da literatura.

Portanto, diante da convivência com uma doença crônica, no campo da ressignificação do viver com o HIV, foi percebido que as pessoas com maior tempo de diagnóstico, possuem a possibilidade de aceitação, adaptação e conformação com a doença. Isto viabiliza a idealização de projetos, inclusão social, os relacionamentos afetivos e sexuais, atingindo até maior adesão do tratamento (OLIVEIRA *et al.*, 2015; HIPÓLITO *et al.*, 2017). Desta forma, ressignificar e normalizar a vivência do HIV depende da aceitação e elaboração subjetiva advindas do tempo e da mudança do impacto da doença.

Em psicanálise, o tempo não altera os conteúdos inconscientes, não apresentando ordenamento cronológico, ou ainda, representações de tempo para eles. Assim, na teoria freudiana o linear organizado pela luz da consciência sobre passado/presente/futuro não se apresentam relação com o funcionamento psíquico. A atemporalidade, característica do inconsciente, trouxe uma nova perspectiva a noção de temporalidade, uma vez que “o trânsito psíquico entre diversas épocas transforma a flecha do tempo não só pela possibilidade de inversão do sentido como pela circularidade, que permite que vários tempos convivam simultaneamente (LIBERMANN, 2014).

Posto isto, primeiramente, o discurso de ressignificação pode ser acompanhado pela perspectiva lacaniana do tempo lógico. Lacan discorre sobre as instancias constitutivas do tempo, que por ele, foram divididos em três momentos: o instante de olhar, o tempo de compreender e o tempo de concluir (GARCEZ; COHEN, 2011).

Lacan utiliza do enigma dos três prisioneiros para falar do tempo lógico, no qual se constitui da seguinte forma: a liberdade será concedida para quem desvendar o problema lógico posto pelo diretor da prisão. Este declara que existem cinco círculos, dois pretos e três brancos, tendo os prisioneiros que adivinhar a cor que corresponde ao círculo que está com você, assim podem ter uma evidência de que, se houver dois círculos pretos, ele pode saber que ele é o branco. Portanto, parte da questão se encontra nesta evidência, o que Lacan vai chamar de instante de ver (NOMINÉ, 2021).

O que os prisioneiros não sabem é que foi colocado pelo diretor três discos brancos. Considerando que se trata de raciocínio lógico, o autor coloca as hipóteses de raciocínio, posto que os prisioneiros foram nomeados como A, B e C. Assim, ilustra-se que o primeiro a sair foi o prisioneiro A, ele se justifica da seguinte maneira “penso que, se eu (A) fosse preto, transpondo-me para o lugar dos outros (B) e (C), ao me

ver preto e supor que também fosse preto, evidenciaria para o terceiro que ele seria branco, já que só existem dois discos pretos”. O prisioneiro deduz sua cor branca, diante das dúvidas e paradas dos outros prisioneiros, podendo interpretar a evidência (GARCEZ; COHEN, 2011, p. 353).

O tempo lógico para Lacan, seguindo a concepção freudiana e avançando, não é o tempo modulado pela sociedade, mas sim um recurso teórico utilizado para lidar com a modulação temporal de todo processo lógico do qual participa o sujeito e que é inerente a todo processo psíquico. Assim, o tempo é associado aos processos mentais, sendo nomeado como o tempo do sujeito (JUNGK, 2018).

Desse modo, para se pensar no tempo do sujeito é necessário passar pelos conceitos de alienação e separação, estes se apresentam como faltas que se tamponam:

A sexualidade, por sua vez, se instaura no campo do sujeito pela falta e se faz a partir do drama colocado alhures. Duas faltas se recobrem: uma na qual gira a dialética da constituição do sujeito, que necessita dos significantes que estão no campo do Outro; e a outra que a retoma, sendo anterior, em um movimento de retroação temporal. (...)Encontramos aí a temporalidade que nos interessa, a partir das duas faltas que se recobrem. A falta encontrada pelo sujeito no Outro (nos intervalos de seu discurso) o remete à própria falta primeira, a real, antecedente de seu próprio desaparecimento (GARCEZ; COHEN, 2011, p. 355-366)

No DSC, é possível identificar o encontro com o real da doença, que esbarra inicialmente em um sofrimento psíquico em elaborar e incorporar a vivência com a doença, como expresso na seguinte parte:

Porque não tem como isso não mexer com você né. Eu procuro viver uma vida normal, só lembro disso quando eu vou tomar remédio e quando venho aqui só, não penso durante o dia, não penso nada, entendeu. Então tipo assim depois que eu comecei a ter essa postura, eu percebi que eu comecei a ter uma convivência melhor, até comigo né, internamente né.

Esta primeira parte do discurso, pode ser interpretado como o primeiro tempo lógico lacaniano, o instante de olhar, onde existe o encontro com evidência, mas não a compreensão dela. A doença aqui para ser suportada é vista, mas não elaborada, existe o fato que precisa ser esquecida para assumir uma convivência melhor com o

próprio sofrimento. O instante de ver, é o momento que cada sujeito se mantém preso em sua ignorância diante de sua própria situação, da qual é incapaz de visualizar sua condição, se direcionando desta maneira, para a observação dos outros em busca de algo autêntico enunciado pelo outro sobre si mesmo (JUNGK, 2018). Esse momento tem ligação direta com o imaginário, pois por meio dele o ego se estrutura em uma unidade durante o estágio do espelho, ou seja, ver-se no olhar de outrem que funciona como seu espelho (JUNGK, 2018).

Isto se evidencia no trecho acima, o que corresponde ao tempo do instante de olhar, da qual o processo não ocorreu um raciocínio e nem uma subjetivação, mas somente a comprovação do que se pode observar (GARCEZ; COHEN, 2011), sendo o fato lembrado quando na tentativa de levar uma “vida normal” se esbarra com lembrete diário de tomar o remédio. Aqui podemos destacar no discurso também a associação de uma vida normal, e o conceito de normalidade, que se encontra em contraponto com o HIV.

Avançando para o tempo de compreender podemos destacá-lo na seguinte parte do DSC:

Aí fui entendendo tudo isso, fui vendo como é, aí é essa questão da sexualidade foi ficando mais tranquilo assim. Pra mim... foi pra melhor, eu passei a me amar mais, é... não digo em questão de estética nem nada, mas assim questão de... é... com quem eu me relaciono, em questão de... de selecionar amizade, de filtrar a família.

Neste momento, como exposto no trecho acima, é possível identificar como a partir da compreensão muda-se a perspectiva no discurso do sujeito. No tempo de compreender é o momento em que ocorre as relações lógicas, este servirá de circunstância, com base nas informações da análise do fenômeno, auxiliando na compreensão do que não se conhece e que não abrange a percepção direta (JUNGK, 2018). As situações marcantes da vida que atingem um grau de relevância nas vivências dos sujeitos simbolizam uma oportunidade de se confrontar com o passado, com o objetivo de encontrar uma melhor tradução para esse mesmo passado, que seja mais abrangente, com menos repressão e que possibilite meio de restauração, ou seja, que possibilite que o sujeito realize a ressignificação estando liberto do caminho único da repetição (LIBERMANN, 2014).

Pode-se destacar o momento da compreensão em que a sexualidade voltou a entrar em cena a partir da compreensão da vivência com o diagnóstico, isto por sua vez, trouxe mudanças de percepção do amor próprio, ligado ao narcisismo, pelo qual o sujeito do discurso modifica suas relações objetais também, assim como a forma de perceber o mundo e vivenciar o presente, como expressos nos trechos “*eu passei a me amar mais... mas assim questão de... é... com quem eu me relaciono, em questão de... de selecionar amizade, de filtrar a família.*”.

É este instante que “guarda estreita relação com o registro do real que, se por um lado, resiste à completa simbolização, por outro, pode chegar a ser conhecido de forma aproximativa pelos indícios através dos quais se manifesta” (JUNGK, 2018, p. 74). Desta forma a elaboração das evidências é o trabalho que o sujeito indefinido realiza.

Este trabalho como coloca ainda a teoria lacaniana, poderá acontecer, por vezes apenas, no plano simbólico que concerne a linguagem devido a posição como ser falante. Contudo ficará dependente de uma relação de reciprocidade, ou melhor, da alusão a um eu a um fator em comum dos outros sujeitos (JUNGK, 2018). Ainda caracterizando o tempo de compreender, pode-se destacar pontos no DSC de ressignificação a partir do ganho de uma sensibilidade até então não vivenciada antes do diagnóstico, trazendo uma sensação de felicidade, em poder desfrutar de momentos simples da vida. O movimento de estar à frente do diagnóstico trouxe a valorização da vida:

Hoje assim eu me sinto uma pessoa mais segura, mais igual falei feliz, vivo o dia, uma coisa que mudou bastante coisa esses anos todos, antes de eu descobrir o diagnóstico nossa eu... eu não tinha sensibilidade, eu notei que depois que aconteceram esses problemas comigo, eu mudei a visão do mundo, da vida pra mim mudou totalmente.

A autoestima também ganha destaque neste trecho, considerando o aspecto de segurança de si e sentimento de felicidade, diante da ressignificação da vida. Para Carvalho e Souza (2021), a autoestima está relacionada a sentimentos de confiança em si e merecimento de felicidade, abrangendo a autopercepção interferindo na autoconfiança e autorrespeito.

Pessoas que vivem com HIV apresentam a autoestima menor do que outras pessoas que convivem com outros tipos de comorbidades (CARVALHO; SOUZA, 2021) e isto pode ser associado aos resultados das entrevistas desta pesquisa, na qual, de 20 participantes, apenas seis apresentaram os discursos relacionados à ressignificação da vida. Portanto, a reconstrução da autoestima é fator de grande relevância para a ressignificação a partir do impacto do diagnóstico.

Marca-se a importância da autoestima no DSC como forma de proteção contra as questões sociais que a infecção carrega consigo, sendo necessárias intervenções no âmbito social, individual, terapêutico, espiritual e familiar para a manutenção da mesma como positiva (CARVALHO; SOUZA, 2021).

No último momento, o instante de concluir, é caracterizado pela seguinte parte do discurso:

Mudou o sentido da vida tudo. Você começa a ter uma visão diferente da vida e começa a... a valorizar mais, valorizar mais as coisas! Fui mudando totalmente, hoje assim eu sou uma pessoa mudada, transformada... a vida não acabou... esse é o meu lema, a vida não acabou, não é à toa que tem que viver, é igual eu falo assim, eu vivo... eu vivo o dia hoje.

Nesta parte, nos deparamos com o instante de ver novamente, em olhar para doença e encontrar a urgência em lidar com o diagnóstico e vivência da mesma, a pressa em relação a verdade, como colocam os autores Garcez e Cohen (2011). Esta verdade aqui pode ser transformadora no sentido e prosseguimento da vida, diante da “mediocridade” sentida a partir da doença. O caminho entre reaver novos sentidos para continuar e se separar do estigma próprio da doença como identificação, como expresso melhor no seguinte trecho: *“Isso fazia parte de mim, mas não era o que me definia”*.

O momento de concluir vai se caracterizar justamente pela pressa, sendo preciso que se conclua com alguma urgência devido a possibilidade de ultrapassagem dos outros sujeitos, como expresso no problema dos três prisioneiros de Lacan, assim deverá ser concluído em ato, em que cada sujeito irá se utilizar do seu potencial generalizador para atingir o que é próprio de sua verdade, ou seja, a verdade que é possível por sua própria habilidade de elaboração da consciência sintética paralela com o que consegue atingir da sua realidade psíquica e das características que a

constroem (GARCEZ; COHEN, 2011; JUNGK, 2018). Ainda segundo Jungk (2018, p. 74):

O aparelho psíquico se reorganiza, e o momento de concluir não estabelece o fim do processo mental, pura semiose, onde o tempo de concluir poderá ser o instante de ver de outro movimento lógico, a *d'infinitum*, em uma busca sempre assintótica em direção à verdade do Sujeito.

Assim, este impacto maior reproduzido pelo trecho “a vida não acabou” diz a respeito ao se deparar com o tabu da morte e finitude diante da doença. Para Batista e Guidugli (2015), o adoecer é um dos meios em que o tabu da morte se mostra ao ser humano, ainda que o aumento da tecnologia no âmbito da saúde tenha propiciado um adiamento do momento final.

Antunes, Rosa e Brêtas (2016) concluem, em seu estudo sobre estigmatização e ressignificação, que no primeiro momento a falta do conhecimento de como é o funcionamento da doença, o preconceito, falta de apoio e acolhimento fazem com que as pessoas, diante do diagnóstico, se sintam perdidas, com medo da morte e que poderiam ser um risco para outras pessoas. Desta maneira, os autores destacam que é diante da possibilidade da morte que o diagnóstico traz, que os sujeitos podem pensar sobre novas reflexões e o repensar a vida.

Seguindo a interpretação lacaniana sobre o tempo lógico, avançaremos para o terceiro momento, o momento de concluir. Este explicito pelo trecho a seguir fórmula sobre como apoio aos pares pode ser importante na continuação e afirmação da vida diante do estigma da doença:

E mostrar a sua força pra outro, porque as vezes a pessoa se sente tão pequena, tão sei lá, medíocre com essa doença... de que alguém passar uma coisa positiva, “gente a vida não acabou não, vamos”.

Fortalecer o apoio social é um fator de grande importância para melhorar a aderência ao tratamento de pessoas que vivem com Aids, isto auxilia no enfrentamento de sentimentos como exclusão e rejeição que estão vinculados ao diagnóstico (CAIXETA *et al.*, 2011).

Dessa maneira, podemos encontrar na literatura “estudos com pessoas vivendo com HIV/Aids que apontam que o apoio social é capaz de gerar resultados positivos

e impacto na evolução e condução do tratamento antirretroviral destas” (CAIXETA *et al.*, 2011, p. 1921). Os estudos citados acima discorrem sobre esse papel relevante diante do apoio social, entretanto um fator importante a ser destacado é que nos estudos sobre o tema pouco se encontra conteúdos sobre o apoio entre pares e isto pode estar relacionado aos estigmas do HIV e os sentimentos de exclusão e rejeição.

Segundo Caixeta *et al.* (2011), como autoajuda “essas pessoas encontraram as forças em si mesmas, demonstrando que é possível sair de uma situação de vulnerabilidade para uma situação de empoderamento, construído no próprio processo de adoecer e de se tratar” (p.1928).

Finalizando o terceiro tempo lógico lacaniano, o trecho a seguir corresponde ao momento de concluir:

“Isso fazia parte de mim, mas não era o que me definia. Foi assim que eu voltei a fazer as coisas que eu gostava de fazer, voltei a ficar mais tempo com os meus amigos”

Bernard Nominé (2021), coloca que a questão do problema lógico relacionado ao tempo se faz importante diante da questão de Lacan querer demonstrar que “a identificação do sujeito é um processo lógico e coletivo no qual os sujeitos devem levar-se em consideração. Identificar-se é encontrar seu lugar em um coletivo” (NOMINÉ, 2021, p. 39). Pode-se perceber que o sujeito conclui sobre as questões que envolvem o HIV/Aids, lida com os sentimentos de “mediocridade” da doença e se dissocia desta identificação, separando da noção de que o HIV poderia trazer alguma definição sobre si mesmo.

Diante do DSC, é possível perceber que o sujeito do discurso se alinha com todo esse processo do tempo lógico lacaniano para que se possa pensar em uma ressignificação após impacto do diagnóstico de HIV, assim há a extensão do que é próprio do tempo de cada sujeito, não obedecendo a lógica de um tempo cronológico, e podendo ser iniciadas outras questões para elaboração, a partir desse momento. O tempo dessa maneira, é descontínuo, caracterizado por pausas nomeadas por Lacan como escansões suspensivas (NOMINÉ, 2021). Desta maneira:

O que determina o sujeito não é, portanto, simplesmente a lógica do significante que foi colocado em suas costas e todas as combinações

que ele precisa fazer para encontrar um lugar em relação aos outros, o que também o determina é o manejo do tempo que lhe é peculiar e que significa que primeiro ele terá que contar com o instante de ver, em que nunca verá dois pretos que possam lhe dar a certeza de que ele é branco; depois precisará do tempo de compreender por que os outros dois param uma primeira vez; depois, novamente, o instante de ver, que os outros dois avançam ao mesmo tempo que ele e param de novo e, finalmente, o momento de concluir e de se precipitar na pressa, sem correr o risco de recair na dúvida que poderia gerar uma vez mais a contemplação do movimento dos outros dois (NOMINÉ, 2021, p. 39-40)

Na teoria psicanalítica só é possível pensar na ressignificação a partir da concepção de passado/futuro dentro de um tempo não linear, do qual, futuro e passado se adequam e se significam em relação ao presente. Assim, as contingências da vida colocam o presente como forma de retroceder ao passado, buscando uma melhor definição do passado, que seja menos repressora com meios renovados, isto é, “a capacidade de ressignificação possibilita ao ser humano libertar-se do destino exclusivo da repetição” (LIBERMANN, 2014, p. 89), como expressos na adição de novos sentidos da vida no DSC analisado.

Repercussões biopsicológicas do diagnóstico

A segunda IC denominada como “Diagnóstico me afetou”, corresponde ao seguinte DSC que marca um caminho diferente percorrido pelo DSC anterior. O discurso percorre a dificuldade em aceitar e lidar com o diagnóstico e doença e os sintomas psicológicos e físicos desencadeados a partir do mesmo:

“Foi terrível. Fiz exame de sangue, fui diagnosticado e eu tive um surto psicótico, que se diz, foi coisa horrível, eu perdi apetite...até então não tinha nenhum sintoma, depois que eu descobri que eu tive vários. Eu tive perda de sono, é... calores intensos durante a noite, sabe? Coisas horríveis, pesadelos, insônia, insônia era mais frequente, eu não conseguia dormir.

No momento eu me excluí eu fiz tipo assim não queria acreditar, não queria. Tentei me esconder na verdade. Aí começou aí com o pessoal começou o vim que.... foi em 2009... Aí vieram atrás de mim e conversaram. Aí você fica meio sem chão puta com que eu contrái, com quem eu contrái. Aí nesse momento eu não fui buscar

tratamento, mas aí já comecei a me prevenir que assim uma coisa que eu tive eu não queria que outra pessoa tivesse.

Foi aquela aceitação e negação. Foi difícil aceitar, até que um dia eu consegui aceitar, hoje eu tô super bem, hoje eu aceito, sabe? Não é fácil conviver com isso, todo dia a gente lembra por conta da medicação. Eu pelo menos penso assim “ah, eu tenho”, então eu tomo a medicação. Mas é difícil aceitar? É, mas tem...infelizmente é a realidade né. E não tem sido fácil não. não é fácil de aceitar, nossa! Até hoje eu perco o sono muitas vezes, sabe? Eu acordo e penso “ah, eu tenho!”.

Ela é diferente, parece que é psicológico, eu pego um comprimido de dipirona e coloco na mão aqui assim eu tomo ele normal, é... esses remédios do HIV só de pegar eles assim meu estômago já... minha boca já começa assim, parece que eu já até tentei tirar ele do frasco, colocar num outro frasco, mas não teve jeito.

A questão da ansiedade, ela é nítida, sabe? Muitas vezes eu...minha pressão altera, por conta disso, desse diagnóstico. E eu não consigo controlar, mas sempre tem dado alterado sabe? E acaba que onde o final de semana por conta da ansiedade, nervosismo acabo comendo mais.

E é assim, por conta desse diagnóstico eu parei minha vida. Parei mesmo, eu fazia várias coisas ao mesmo tempo. E hoje eu não tenho motivo pra nada, eu tenho buscado na religião, né, e Deus tem sido a base pra mim, sabe. E muita coisa eu poderia, eu poderia ter evitado se eu continuasse, até a questão desse diagnóstico hoje, eu poderia ter evitado se eu continuasse na igreja, por vários motivos me fizeram sair da igreja e eu acabei indo me divertir, né? Ali fora, como a gente diz. Eu acabei me distanciando da religião, e foi onde eu travei, acabei com minha vida, esse diagnostico me... deixou muito mal mesmo, sabe?

No começo eu não gostava de olhar no espelho,-não gostava que tocassem em mim, não gostava que chegassem muito perto, eu não gostava de... de eu não me cuidava, cortava o cabelo porque tinha que cortar. Eu acho que foi mais difícil... foi mais fácil que eu próprio, eu mesmo me aceitar, eu acho. É, acho que é mais a questão da... como é que posso dizer... da expectativa né que eu criava, eu... a ansiedade. Negativa de rejeição até do mesmo fato, de você se deixar de lado, de não ser aceito. Mais nessa linha negativa mesmo.

E eu era muito estressada, quando eu descobri, porque eu sempre fui estressada mesmo, mas quando eu descobri eu comecei a ser mais chata, insuportável. Porque eu comecei a ficar ruim com todo mundo, as pessoas chegavam

perto de mim eu tratava mal, dava uma patada. Em relação a me relacionar com outras pessoas é um pouco complicado pra mim, porque eu estou tendo muita crise de ansiedade, aí tô ficando nervoso, daí acabo maltratando sem querer. Ah, eu não sei explicar, porque do nada assim já muda, a pessoa fica perto eu fico estressada, sabe. Eu fico muito, chego a ficar até ruim, não sei explicar o porquê” (P01, P02, P05, P06, P10, P12, P18).

O discurso apresenta um sujeito que está às voltas com a angústia do diagnóstico. Segundo Castellani e Moretto (2016), esta angústia pode ser um reflexo da fantasia de sentimento de desamparo pelo Outro, declarando uma marca. Receber o diagnóstico de HIV pode se caracterizar como algo traumático; os níveis desse trauma baseiam-se nas condições de cada sujeito. Portanto, receber o diagnóstico não se categoriza como receber uma informação de um agente infeccioso apenas, mas lidar com a vulnerabilidade das características essenciais de suporte do eu (CASTELLANI; MORETTO, 2016).

A notícia do HIV é uma experiência convulsiónária. O lugar do impacto – que é ao mesmo tempo lugar de nada e de excesso – opera mudanças estruturais de grande porte. O chamamento da morte produz uma espécie de desposseção corporal e instala uma anatomia fantasmagórica. Esse corpo, agora atravessado por um vírus e por agentes químicos de alto teor, vira um corpo- -velocidade onde metamorfoses aceleradas estabelecem outra cartografia. Um excesso de concretude demarca um novo modo de existência. O colapso temporal que altera o curso da história e que provém do que Nietzsche (1992) chamou de "intempestivo, inatural", transforma o tempo cronológico, sucessivo, em tempo crônico. A revelação que atinge o portador cristaliza a sua existência numa nova categoria: a de aidético (VILLELA, 2013, p. 79)

O primeiro momento vivenciando a doença demonstra isso, o que pode ser ilustrado pelo discurso seguinte *“Foi terrível, foi coisa horrível, eu perdi apetite...eu perdi...até então não tinha nenhum sintoma, depois que eu descobri que eu tive vários. Eu tive perda de sono, é... calores intensos durante a noite, sabe? Coisas horríveis, pesadelos, insônia, insônia era mais frequente, eu não conseguia dormir”*. É possível observar que mesmo após algum tempo de vivência do diagnóstico os impactos se desdobram no campo subjetivo afetando o que é da vivência com a doença.

Estes impactos interferem diretamente no dispositivo libidinal dos sujeitos, que produz como resposta uma inibição importante em alguns campos da vida. Para Freud a inibição se caracteriza como uma “limitação funcional do Eu” e ela acontece devido a “erotização excessiva dos órgãos requeridos para essas funções” (FREUD, 2010d, p.17-18). Freud aponta, que nestes casos, todos os investimentos objetivos acabam sendo redirecionados para o Eu, resultando em um afastamento da libido, uma inibição pura, agravando o desempenho e impedimento da função devido aos desvios da meta. Ainda, a inibição não pode ser caracterizada como algo patológico, a considerar que o processo de retração libidinal para o Eu acontece no caso também do sono (MEDEIROS; CALAZANS, 2021).

Na teoria lacaniana, a inibição é articulada diretamente com a dimensão do imaginário, sendo denominada como “uma identificação Imaginária ao Outro Real, uma identificação ao desejo do Outro, que Freud coloca como uma identificação constitutiva das massas” (CAPANEMA; VORCARO, 2017, p.400).

Quando Lacan fala de inibição, fala sempre da intrusão do Imaginário no Simbólico (Lacan, [1974-1975]). A estreita relação entre inibição e imagem levou Lacan a atribuir ao Imaginário a propriedade da consistência, pois a inibição unifica o corpo por meio da detenção da imagem. A inibição como nominação do Imaginário é considerada um assunto de corpo, que é, para Lacan, constituinte do Imaginário, mas que vai ter efeitos no campo do Simbólico (CAPANEMA; VORCARO, 2017, p. 400)

O trauma relacionado ao diagnóstico leva a várias inibições importantes, como no primeiro instante a falta de apetite e insônia intensificada, assim como sintomas físicos exemplificados pelos “calores noturnos”. As inibições e retrações libidinais em direção do narcisismo são marcadas pelas questões referentes ao Imaginário do sujeito e a imagem cristalizada que se produz sobre o que é o desejo do Outro. Como por exemplo, o que é ser soropositivo? Quais imagens unifico e incorporo que estão de acordo com o Outro? E o que faço disso no campo da subjetividade? São questões a serem pensadas e, neste caso, utilizada como saída da angústia do Real, para o sentido do Imaginário, caminhando para inibição, assim como colocam Capanema e Vorcaro (2017, p. 401) “a angústia é a nominação determinada pelo transbordamento do Real sobre o Imaginário”.

Outro ponto que se destaca na análise do DSC, é o impacto da vivência no campo das relações: primeiro o afastamento social, a mudança na relação consigo mesmo e depois a alteração de humor e posição de agressividade diante do outro.

O seguinte trecho dá ilustração ao primeiro ponto, sobre o distanciamento social: *“No momento eu me exclui eu fiz tipo assim não queria acreditar, não queria. Tentei me esconder na verdade”*. Para Caixeta *et al.* (2011) o diagnóstico carrega uma marca relacionada a exclusão, rejeição e preconceito e, ainda, produz mudanças múltiplas na vida da pessoa, estes fatores influenciam diretamente na adesão ao tratamento.

No primeiro momento, em que se sente o impacto do diagnóstico, o movimento é de autoexclusão devido a não aceitação do diagnóstico, proveniente deste momento traumático como discutido anteriormente. O impacto social negativo da Aids, considerando o estigma, o preconceito e a discriminação, pode levar o sujeito a *“vivenciar o medo da perda do apoio das relações sociais como um todo, levando o muitas vezes ao não desvelamento da sua condição”* (GOMES *et al.*, 2021, p. 52).

Assim, com a aproximação do apoio social, há uma abertura do sujeito neste momento como demonstra o trecho a seguir *“Aí começou aí com o pessoal começou ...Aí vieram atrás de mim e conversaram”*. É relevante destacar que os dados de alguns estudos indicam que o apoio social e o cuidado diminuem o impacto da solidão e outros fatores psicossociais negativos relacionados ao HIV (CAIXETA *et al.*, 2011).

A vivência do afastamento social diante dos estigmas e da autoaceitação demonstram ligação direta com o âmbito da adesão, como fica expresso no trecho seguinte *“Aí nesse momento eu não fui buscar tratamento, mas aí já comecei a me prevenir que assim uma coisa que eu tive eu não queria que outra pessoa tivesse”*. Para Oliveira (2020) a não adesão a TARV apresenta causas multifatoriais, são elas:

...psicossociais, que se relacionam com o uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas, idade, escolaridade, apoio familiar, preconceito contra a doença, transtornos psíquicos, gênero e condições socioeconômicas; fatores relacionados ao tratamento: número de remédios, efeitos colaterais e abordagem profissional; tempo decorrido entre a infecção e o diagnóstico e internação (OLIVEIRA, 2020, p.960-961)

Então, para que o sujeito possa aderir ao tratamento de forma adequada, é necessário que o processo de elaboração e simbolização do trauma do diagnóstico

esteja acontecendo. O impacto do diagnóstico representado pelo DSC não demonstra vias de elaboração e simbolização, como é possível observar em:

“Foi aquela aceitação e negação. Foi difícil aceitar, até que um dia eu consegui aceitar. Não é fácil conviver com isso, todo dia a gente lembra por conta da medicação. Eu pelo menos penso assim “ah, eu tenho”, então eu tomo a medicação. Não é fácil de aceitar. Até hoje eu perco o sono muitas vezes, sabe? Eu acordo e penso “ah, eu tenho!””

No trecho acima, fica claro o conflito entre aceitação e não aceitação; portanto, quando “o sujeito partilha suas histórias a partir de uma perspectiva trágica, referindo seu mal-estar a uma exterioridade absoluta, é sinal de que algo ainda resiste a ser subjetivado, algo desta sua condição de sujeito faltoso (LEANDRO; COUTO; LANNA, 2013, p. 40)”.

O medicamento assume estatuto de lembrete diário do trauma vivenciado com o diagnóstico, até então não subjetivado no discurso *“Não é fácil conviver com isso, todo dia a gente lembra por conta da medicação. Eu pelo menos penso assim “ah, eu tenho”, então eu tomo a medicação”*. Além dos aspectos psicológicos importantes é possível evidenciar os sintomas físicos com a representação do remédio, no ato de tomá-lo, e revelar-se novamente para si mesmo sobre a doença *“Ela é diferente, parece que é psicológico, eu pego um comprimido de dipirona e coloco na mão aqui assim eu tomo ele normal, é... esses remédios do HIV só de pegar eles assim meu estômago já... minha boca já começa assim, parece que eu já até tentei tirar ele do frasco, colocar num outro frasco, mas não teve jeito”*.

O medicamento e adesão do tratamento do HIV gera uma gama de afetos que não foram simbolizados. O adoecimento ocorre quando o indivíduo, que é repleto de subjetividade se choca com o “real” no corpo, que é a produção de doença, e a partir disso ocasiona uma variável gama de aspectos psicológicos que se apresenta no paciente, família ou equipe de saúde (SIMONETTI, 2011).

Segundo a teoria lacaniana, a psicanálise faz discurso entre o sujeito e o significante e não, apenas sobre a psique, como realizado na psicologia (MILLER, 2016). É possível se pensar sobre a teoria dos afetos em relação aos aspectos psicológicos e físicos diante do tratamento e difícil elaboração do diagnóstico. Desta maneira, “é preciso “passar pelo corpo” para pensar o afeto e que os afetos são todos

acompanhados de alguma manifestação corporal, a exemplo da descarga de adrenalina por ele mencionada” (MARANHÃO; ROCHA, 2021, p.175).

O corpo é civilizado a partir da linguagem, ou seja, é por meio do significante em que se afeta o individual corporal, que como resultado se constitui sujeito (MARANHÃO; ROCHA, 2021). Os significantes construídos socialmente para o HIV, considerando todos os fatores como estigma, preconceito e discriminação já discutidos, produzem uma afetação ao corpo, já que um afeto não é vivenciado apenas no plano da psique, mas também do eu corporal. De acordo com Barbosa, Matos e Costa (2011) a história do corpo humano é também a história da civilização. É a partir de cada sociedade e cultura e sua maneira de atuação sobre o corpo que vai constituir-lo, de maneira que edifica particularidades, sublinha características específicas em detrimento de outros, e ainda se criam os próprios padrões.

O principal afeto identificado no DSC é a angústia que também atinge o âmbito corporal, aqui denominada como ansiedade:

“A questão da ansiedade, ela é nítida, sabe? Muitas vezes eu...minha pressão altera, por conta disso, desse diagnóstico. E eu não consigo controlar, mas sempre tem dado alterado sabe? E acaba que onde o final de semana por conta da ansiedade, nervosismo acabo comendo mais”.

A angústia como primeiro afeto sentido atua diretamente no corpo e, segundo a teoria freudiana não há uma mediação psíquica, apresentando uma característica somática. Como efeito desta excitação somática se tem: “distúrbios da atividade cardíaca, distúrbios respiratórios, acessos de suor, tremores e calafrios, acessos de fome devoradora, acessos de diarreia, vertigens e parestesias, concomitantes ou não com um relato de mal-estar” (BENIA; CELES; CHATELARD, 2016, p. 49).

A angústia aqui, vivenciada no corpo diante da doença produz alteração arterial, afetando o corpo e aumentando a libido e pulsões orais, como a elevação do consumo de alimentos para tamponar a sensação de falta da angústia. Dessa maneira, devido a angústia se caracterizar como um afeto e não sintoma, ela não pode ser recalçada, permanecendo sem rumo. Por isto, ela não incorporada à rede de significantes, ela foge da compreensão que é realizada através da linguagem e do pensamento, em vista disso, a angústia é resultado da relação do sujeito comum

objeto, o objeto perdido, denominado na psicanálise como objeto a (BENIA; CELES; CHATELARD, 2016).

O objeto a é o representante da falta, um objeto faltoso que não existe, na teoria freudiana seria o objeto perdido em que o sujeito busca reencontrar. Em Lacan, o desejo possui ligação direta com a falta, desse modo o objeto a se constitui como causa do desejo (JORGE, 2018), o objeto a, assim, ligado ao desejo se furta ao sujeito e não é representável, ou ainda, pode tornar-se um “resto” que não foi simbolizado (ROUDINESCO; PLON, 1998).

Diante do discutido pode-se perceber que quando estes processos de subjetivação não são elaborados, produzem consequências, ampliando os aspectos psicológicos e físicos diante do tratamento. Em *O mal-estar na civilização* Freud, em 1930, nos traz que é a partir da patologia que o sujeito pode se esbarrar em uma grande quantidade de estados que delimitam o Eu em prol do mundo externo e transformam-se em problemática. Esses estados, por sua vez, têm influências no sentimento do Eu que se submete a transtornos sendo suas fronteiras modificáveis (FREUD, 2010e).

Ainda no campo das relações diante do distanciamento social houve uma paralização da vida e diante do impacto do diagnóstico não simbolizado houve uma interrupção da rotina e perda de motivação e sentido da vida, como refere o trecho “*E é assim, por conta desse diagnóstico eu parei minha vida. Parei mesmo, eu fazia várias coisas ao mesmo tempo. E hoje eu não tenho motivo pra nada*”.

Simonetti (2018), coloca que a doença pertence ao campo do biológico e o adoecimento diz a respeito da vivência com a doença, que pode desencadear desde a negação até uma intensa angústia. Assim, diante do adoecimento o sujeito pode se alternar ou vivenciar ao mesmo tempo quatro posições subjetivas: negação, revolta, depressão e enfrentamento (SIMONETTI, 2011). No DSC destaca-se a posição depressiva como resultado da vivência do adoecimento, como expressa no trecho “*E hoje eu não tenho motivo pra nada*”. Dessa forma, esta posição subjetiva de depressão é considerada um sintoma reacional, que depende das circunstâncias atuais, específicas de uma fase da vida (DUNKER, 2021).

Dunker (2021, p. 45), coloca que:

Tanto na vertente da angústia quanto na do sintoma, tanto como patologia do luto quanto como distúrbio da inibição de funções

psíquicas, a depressão é uma alienação do desejo. E essa alienação procede da identificação positiva entre o objeto da demanda e aquilo que causa nosso desejo, assim como uma identificação do sujeito, efeito de linguagem, de desejo e de trabalho, com a imagem de um indivíduo, pessoa ou *self*.

A vivência subjetiva do adoecimento por meio da depressão instaurou um fator importante utilizado como mecanismos de autopunição, como o dispositivo religioso, assim como expressa a continuação do DSC:

“eu tenho buscado na religião, né, e Deus tem sido a base pra mim, sabe. E muita coisa eu poderia, eu poderia ter evitado se eu continuasse, até a questão desse diagnóstico hoje, eu poderia ter evitado se eu continuasse na igreja. Eu acabei me distanciando da religião, e foi onde eu travei, acabei com minha vida, esse diagnóstico me... deixou muito mal mesmo, sabe?”.

Freud, em “O futuro de uma ilusão”, diz que o divino assume estatuto de compensação dos defeitos e prejuízos da civilização, como também se ocupa com o sofrimento das relações que um pode fazer ao outro, e por último cuida para que sejam realizadas as regras culturais que, se não cumpridas pelo homem de maneira adequada, tem como função a repressão dos impulsos pulsionais do ser humano, o que está ligado a ordem do prazer (FREUD, 2010f).

A literatura quanto à temática HIV/Aids aponta que envoltos em sentimento de culpa, solidão e medo da morte, as pessoas soropositivas que possuíam e exerciam a espiritualidade por meio de crenças religiosas e da fé, apresentaram melhores formas de enfrentamento diante da infecção, encorajamento e aptidão ao trabalho. Foi concluído que nestes casos, a religião e a espiritualidade viabilizam a melhora da saúde, qualidade de vida e se apresentam como fonte de apoio importante para o manejo do estresse ocasionado pelo estigma e discriminação (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Dunker (2021) compara o Eu com um sujeito que tem uma colmeia de abelhas que lhe caiu na cabeça, ficando às voltas com as lembranças, escolhas ruins e erros de condução, resultando em uma recriminação impiedosa de si mesmo; assim a posição do Eu é de “premido contra a realidade, lutando contra as paixões e esquinas do Id, tendo que conciliar os ideais de sua consciência moral e as condenações do Superego para saber que caminho tomar” (DUNKER, 2021, p. 39).

Esta busca por achar no passado seus erros, resulta em um comportamento autopunitivo ligado ao exercício da própria sexualidade, que poderia, segundo o discurso, ser evitado se tivesse seguido os preceitos religiosos em que se tem a repressão dos prazeres. Isto atingiu o âmbito do relacionamento consigo mesmo, autoimagem e autoestima, como podemos observar:

No começo eu não gostava de olhar no espelho,-não gostava que tocassem em mim, eu não me cuidava, cortava o cabelo porque tinha que cortar. Eu acho que foi mais fácil que eu próprio, eu mesmo me aceitar. É, acho que é mais a questão da expectativa né que eu criava, eu... a ansiedade. Negativa de rejeição até do mesmo fato, de você se deixar de lado, de não ser aceito. Mas nessa linha negativa mesmo.

Diante da negligência do autocuidado e evitação do contato consigo e com o próximo, pode-se ressaltar o impacto na autoestima, ocorrido devido a difícil aceitação da doença. A literatura aponta que as pessoas que vivem com o HIV/Aids sofrem um impacto social devido a infecção associado ao estigma da doença, o que pode prejudicar o status da autoestima. “A infecção também causa na vida do indivíduo limitações físicas e sociais, como a perda de um projeto de vida, a necessidade de reestruturação de seus hábitos, o enfrentamento de suas novas limitações nas relações em seu trabalho e nas relações familiares” (CASTRIGHINI *et al.*, 2013, p.1053).

Por último, o DSC traz a vivência da afetação do diagnóstico a respeito da relação com o outro e a mudança de humor, como destaca o trecho:

E eu era muito estressada, quando eu descobri. Porque eu comecei a ficar ruim com todo mundo, as pessoas chegavam perto de mim eu tratava mal, dava uma patada. Em relação a me relacionar com outras pessoas é um pouco complicado pra mim, porque eu tô tendo muita crise de ansiedade, aí tô ficando nervoso, daí acabo maltratando sem querer.

Acima acompanhamos as mudanças no humor, que começaram com o sentimento de “estresse”, irritação e ansiedade que acabaram sendo deslocados para o outro, resultando em tratar mal sem conseguir explicações conscientes para isto. Esta perspectiva de mudança no humor e afloramento da agressividade ainda pode

ser discutida em relação a posição subjetiva da depressão, em que, em decorrência da depressão, há expansão da experiência de perda para a crítica de si; o humor se torna um sentimento de perda irreparável no passado ou de iminência no futuro. Há mobilização de novo afeto contra o Eu: a agressividade, consequência da ideia de ter sido abandonado amorosamente (DUNKER, 2021, p. 43).

Segundo a teoria lacaniana, de origem arcaica sentimos como fonte de angústia qualquer coisa que ameace a integridade da imagem especular do eu, se colocando como ordem do horror e do terror. Por meio desse registro originário do ser que se introduziriam o que Melanie Klein descreveu como fantasmas arcaicos do infante, estes evidenciam o tema da morte e o despedaçar corporal como componentes primárias na cena psíquica. Como resultado disto, apresenta-se a agressividade como uma defesa desta fragmentação corporal (BIRMAN, 2006).

A depressão, desse modo, é um sintoma fundamental em que é ligado a patologias narcísicas, onde o sujeito realiza essa regressão a formas de amor mais simples, se embota em si mesmo, tendo como única referência o próprio eu (DUNKER, 2021). Lacan em seu Seminário 1 (1986), discute os escritos de Freud, em que há uma concentração de afetos vivenciados durante o adoecimento. Estes afetos e as libidos, são retirados dos objetos e direcionadas ao Eu, assim após a cura a libido pode se confundir em seus caminhos, levando o mundo simbólico por vezes a ser investido na dor do sujeito (LACAN, 2009).

A discussão do DSC demonstra que o trauma não simbolizado inaugurado com o diagnóstico constituiu a formação do estado depressivo, como sintoma, desencadeando inúmeros afetos como inibição, angústia e agressividade. Estes potencializados pelo estigma e preconceito, foram construídos em volta do discurso social sobre o HIV/Aids e fixados no Imaginário e são fatores que contribuem negativamente com a vivência da doença, transformando em vivência com o adoecimento.

Silêncio como autoproteção

A IC acima traz em seu DSC todo o enfrentamento da doença baseado na solidão e sigilo vividos pelo sujeito do discurso, outra maneira encontrada para lidar com a doença, sendo o único apoio social os profissionais da saúde:

“Eu não queria voltar pra casa mais. Não queria voltar, não queria olhar pra cara de ninguém. Então, só os profissionais que sabem da área da saúde que eu faço acompanhamento, né. Eu não contei pra ninguém, absolutamente ninguém. E assim, eu não sinto essa... segurança em poder desabafar com alguém, né.... por agora eu não tenho pretensão nenhuma de contar pra quem quer que seja.

Foi um processo meio complicado porque eu fiz meio que sozinho com ele, sabe? Sem uma ajuda médica, especialista, alguém que pudesse me ajudar fora infectologista claro, que converso, mas na minha cabecinha era só eu. Mas foi um processo meio complicado porque foi só eu e eu. Eu tive que lidar... eu sempre segui no anonimato, família... porque eu cheguei numa conclusão que... é... quanto mais você falasse mais você poderia estar dando uma de coitadinho ou as pessoas te olhando como um coitado.

Então você acaba... tendo um constrangimento e... então assim, graças a Deus eu consegui me manter não é fácil. É uma coisa que aqui dentro (bate no peito) eu luto com ela né, mas é mais fácil do que você sair é... falando tentando ajuda, uma palavra de consolo né. Então geralmente em todos os casos que eu conheço em relação que as pessoas se abriram, eles sofreram muito psicologicamente né, porque o desprezo, o abandono, sabe. Então assim... no começo não foi fácil não, mas assim graças a Deus hoje eu fico tranquilo.

Tinha tristeza de... ter... de arrependimento de não ter me protegido da forma que deveria, é... tipo “ah, por que isso tá acontecendo comigo?”, mas... é... eu não ficava tão triste assim ao ponto de me sentir “ah! Que eu precisava me matar” ou que eu precisava dar um fim nisso, foi a... foi um processo que foi muito lento, mas que foi importante pra eu conseguir me relacionar com outras pessoas. Foi um momento em que é... eu comecei a ir um pouco mal na faculdade e agora que eu tô conseguindo assim me... porque eu não sentia vontade de estudar, eu não tinha... não... é... eu pensava que “bom, eu vou me formar, mas eu vou ser uma pessoa sozinha, vou sempre estar só com meus amigos, que... que... que... projeção ou futuro eu teria?

É... eu vi que com o câncer é mais fácil, você pode falar, você pode. É... como o câncer ele teve uma... uma ... evolução de melhoras... né... hoje as pessoas já notam que o câncer não mata mais como... e... as pessoas não impactam, se eu falar de câncer é uma coisa e se eu falar de HIV parece que é outra coisa entendeu. É... tem um julgamento, no câncer não tem. No câncer só tem um puxa! Você tá assim, nossa!

Porque não se ouve falar de tratamento sobre HIV assim, sobre com naturalidade, sabe? Você não... no... na minha família ou pessoas de amigos próximos pelo preconceito, né, aí você não fala, “não, minha tia tem HIV e tá tudo certo, bom, maravilhosa e tal... o meu tio não, tudo saudável”, não! As pessoas elas escondem que eu acho que é o grande problema, tipo assim de... é um problema de você eu acho de... a sociedade tipo assim ao mesmo tempo que você se preveni do preconceito por sigilo né, por um direito de... de... Porque nem todo mundo tem uma condição emocional de você levar pedrada na cara, né. Como se fosse isso.

Então assim eu consigo viver socialmente, na sociedade, tipo assim... coloco cada coisa no seu lugar. Olhar pra frente e saber que qual a solução? Aconteceu, aconteceu, opa! Vamo embora, então em vez de ficar discutindo como aconteceu, vamo ver o que a gente pode fazer pra que... pra ter uma qualidade de vida melhor. Então é isso, eu busco hoje uma qualidade de vida.

Por que para mim o HIV é como uma característica minha sabe? A cor dos meus olhos o que eu gosto eu não gosto. É algo meu sabe, e cabe a mim dizer ou não para outra pessoa, mas assim... não comento com ninguém, entendeu.

Então é... eu prefiro... eu jogava futebol, eu parei de jogar futebol a pouco tempo por medo de me machucar, de sangrar, entendeu... é por isso... isso acaba sendo um... uma pra gente... é... acaba sendo você não revela né, o que você tem, acaba sendo só seu daí né.

Acaba sendo um... aquilo ali parece que é só pra gente, é... mas o importante é que... o tratamento me faz bem e... minha vida é normal... Não é um problema, o HIV não te mata, mas ele te deixa... reservado, né? Reservado. Então só escondo mesmo por causa daquela questão das pessoas me olharem diferente, porque medo eu não tenho não. Fiquem com aquela cara oh que coitadinho. (P01, P02, P05, P06, P07, P08, P09, P10, P13, P14, P16, P17, P18, P20)

O discurso traz um sujeito que não deixa de ser afetado pelo diagnóstico, mas consegue através do anonimato mobilizar enfrentamento diante da informação por vezes e medo das reações que podem ser mobilizadas pelo outro. É possível observar nas pessoas que vivem com HIV/Aids o sentimento de culpa que tem ligação a autoestima e a expectativa do futuro. A autoestima sofre influências de sentimentos como medo e solidão. Ainda a esperança de vida, as possibilidades esperadas, tem ligação também com a solidão nestes indivíduos (PATRICIO *et al.*, 2019).

No trecho em destaque, a seguir, observa-se o quanto no primeiro momento a notícia foi difícil, entretanto houve a escolha do sujeito em permanecer no sigilo, sendo os únicos que sabem os profissionais da saúde:

“Eu não queria voltar pra casa mais. Então, só os profissionais que sabem da área da saúde. Eu não contei pra ninguém, absolutamente ninguém. E assim, eu não sinto essa... segurança em poder desabafar com alguém, né.

O sigilo é mantido pela falta de segurança em contar para as pessoas à sua volta e isto se deve ao medo do julgamento e sentimento de culpa internalizados por ter se infectado que são carregados devido ao estigma e preconceito:

Além dos entendimentos da peste e do estigma, as representações construídas para significar a Aids tiveram, igualmente, como base as crenças e interpretações morais, principalmente relacionadas à sexualidade, que acabaram instituindo valores para explicar a origem da situação que provocou a infecção. Esse posicionamento moral da sociedade acabou inscrevendo culpa e responsabilidade pelo fato de uma pessoa estar doente de Aids ou ser portadora do HIV, dirigindo-lhe o rótulo de culpada, pois o seu estilo de vida rompeu com os comportamentos socialmente aceitáveis e, assim, a doença reafirma seu caráter de pena e castigo (ALMEIDA; LABRONICI, 2007, p. 265)

Deste modo, revelar-se com o diagnóstico também pode trazer o medo do julgamento moral e culpabilidade, tendo em vista que a doença está ligada ao meio de transmissão sexual e, diretamente, à sexualidade. Para a psicanálise freudiana, o sentimento de culpa é resultado dos conflitos entre as exigências internas, das pulsões e as exigências culturais, também imposta pelos pensamentos morais da civilização (GELLIS; HAMUD, 2011). É possível perceber que o tema da culpa, associada ao medo, solidão e modos de enfrentamento irá percorrer o DSC até o fim, sendo assim a questão continuará ser explorada ao decorrer da discussão. Seguimos com o trecho, que trata ainda do sigilo como decisão, devido a associar o revelar o diagnóstico com a posição de vitimização:

Foi um processo meio complicado porque eu fiz meio que sozinho com ele, sabe? Mas foi um processo meio complicado porque foi só eu e eu. Eu tive que lidar, principalmente que assim... eu sempre segui no anonimato, família... porque eu

cheguei numa conclusão que... é... quanto mais você falasse mais você poderia estar dando uma de coitadinho ou as pessoas te olhando como um coitado.

Segundo Almeida e Labronici (2007, p. 265) “a pessoa estigmatizada carrega uma identidade marcada e deteriorada, associada a atributos que levam ao descrédito”. Dessa forma, o conceito de vítima, o olhar de “coitado”, também é característica que carrega o estigma do HIV/Aids. Ainda o estigma, além de ser uma construção social de desvalorização perante o outro, também pode ser apresentado como uma forma em que as relações de poder e dominação atuam, reforçando as desigualdades sociais, valorizando alguns grupos em relação a outros. A estigmatização, corresponde à rejeição e marginalização que que leva ao sofrimento, culpa e/ou vergonha em quem o experimenta e piedade ou desprezo em quem está diante dele (EIGUER, 2019). Na continuação do discurso o caráter do sigilo e enfrentamento ainda é destacado, devido ao “constrangimento” em falar sobre o diagnóstico e a experiência de outras pessoas observadas em que houve o sofrimento psicológico, desprezo e abandono ao revelar o diagnóstico:

Então você acaba... tendo um constrangimento. É uma coisa que aqui dentro eu luto com ela né, mas é mais fácil do que você sair é... falando tentando ajuda, uma palavra de consolo né. Então geralmente em todos os casos que eu conheço em relação que as pessoas se abriram, eles sofreram muito psicologicamente né, porque o desprezo, o abandono.

O sigilo e a escolha da solidão como enfrentamento pode se apresentar como uma forma de defesa não só do outro, do julgamento social, mas também de si mesmo em meio a identificação da própria pessoa com o estigma da doença. A psicanálise discute a perspectiva do estigma a partir da comunicação entre biológico e psicológico que é fomentada pela lógica da identificação. São muitos os mecanismos envolvidos na identificação, e encarna-se no corpo habitado pelo sujeito um traço do objeto (NUNES JUNIOR, 2016). Assim o significante construído em torno da doença atinge um lugar de relevância no como o sujeito irá conviver com a doença:

O ser falante empenha-se em garantir uma unidade com o corpo, justamente nesse ponto no qual a linguagem marca a superfície

natural. O sujeito se identifica a um significante que afeta a substância viva e é sobre o crivo do traço único, assim inscrito, que qualquer experiência pode adquirir o valor de gozo. Ao marcar o corpo, a unidade do significante, rebatida pela carne e projetada na cadeia simbólica, nela insere-se por meio das leis de filiação e parentalidade (NUNES JUNIOR, 2016, p. 37)

Na teoria lacaniana o significante ocupa posição central no pensamento, ele é o fator que determina os atos, as palavras e o destino dos sujeitos, à sua revelia e à maneira de uma nomeação simbólica, sejam conscientes ou inconscientemente. Ou seja, o significante por meio da nomeação simbólica marca a identidade de cada sujeito de formas consciente ou inconsciente (ROUDINESCO, 1998).

O significante incorporado de “coitado” inviabiliza que o sujeito possa buscar compartilhar sobre o diagnóstico, assim como o medo do sofrimento em relação a isso. Neste caso, como coloca Eiquer (2019), ocorre uma identificação do sujeito com aquele que ele rejeita, isto atinge o próprio ego e o vínculo com o outro. Assim, a crença em si, o amor-próprio e o narcisismo entram em declínio, devido a crença da pessoa estigmatizada de que é desprezada. Isso resulta na interpretação da atenção do outro como “caridade” e a pouca atenção como falta de empatia.

O DSC continua nesta mesma linha do impacto do estigma na escolha da solidão e sigilo, apresentando componentes como a tristeza e o questionamento do porquê não se cuidou, culpabilização que leva à tristeza, perda de vontade de prosseguir a vida diante de pouca perspectiva de vida em conviver com a infecção:

Tinha tristeza de... ter... de arrependimento de não ter me protegido da forma que deveria, é... tipo “ah, por que isso tá acontecendo comigo?”, mas... é... eu não ficava tão triste assim ao ponto de me sentir “ah! Que eu precisava me matar” ou que eu precisava dar um fim nisso, foi a... foi um processo que foi muito lento, mas que foi importante pra eu conseguir me relacionar com outras pessoas.

Após ser afetado pela culpa de ter se infectado, as perspectivas de futuro são abaladas, e o tempo considerado lento, porém importante para voltar a se relacionar com as pessoas. Estudos demonstram que a culpa se torna algo presente em pessoas que vivem com HIV/Aids, ainda mais quando a infecção aconteceu devido ao sexo desprotegido, sendo os sentimentos mais comuns como culpa, vergonha, autodiscriminação e inferioridade (PATRICIO *et al.*, 2019). A teoria psicanalítica

discorre que, a culpa é a estrutura do sujeito, é ordenada pelo supereu, esta instância psíquica se expressa como crítica vista pelo Eu, que é convocado a emitir uma resposta. É esta necessidade do Eu de emitir uma resposta ao Supereu que é classificada como sentimento de culpa, apresentando-se como autodestrutiva, exercendo o que é da sua pulsão de morte, diante do empenho do Eu em ser moral e corresponder ao Supereu (GONÇALVES, 2019).

Ressalta-se ainda no discurso, o rompimento de atividades físicas exercidas em conjunto diante da falta de informação e medo de ter que falar sobre o diagnóstico:

Então é... eu prefiro... eu jogava futebol, eu parei de jogar futebol a pouco tempo por medo de me machucar, de sangrar, entendeu... é por isso... isso acaba sendo um... uma pra gente... é... acaba sendo você não revela né, o que você tem, acaba sendo só seu daí né.

A escolha da solidão mais uma vez fica explícita, reforçada pelo sentimento de proteção e cuidado ao outro em que se acredita que “sangrar e machucar” seria expor as outras pessoas ao risco do HIV. Quando o sujeito não se expõe em situações sociais, não precisa revelar sobre o diagnóstico caso aconteça algum imprevisto.

Esses sentimentos interferem na projeção do futuro como colocado no discurso. Segundo Patricio *et al.* (2019), a expectativa do futuro está atrelada ao medo e culpa, sendo a solidão fator influente na esperança de vida.

O DSC traz a diferença essencial entre o HIV e outros tipos de doenças que possuem vínculo imediato com a letalidade: o julgamento social.

É... eu vi que com o câncer é mais fácil. É... como o câncer ele teve uma ... evolução de melhoras, hoje as pessoas já notam que o câncer não mata mais como... e... as pessoas não impactam, se eu falar de câncer é uma coisa e se eu falar de HIV parece que é outra coisa entendeu. É... tem um julgamento, no câncer não tem. No câncer só tem um puxa! Você tá assim, nossa!”

Pode-se perceber que o câncer mesmo com sua letalidade (considerada menor pelo sujeito do discurso) não produz o impacto negativo que tem o HIV, visto que o câncer gera comoção e o HIV induz ao julgamento. O HIV/Aids permanece no imaginário das pessoas como doença moral e estigmatizante. Antes, o HIV surgia com

uma morte anunciada; atualmente caminha gradualmente para um falecimento decretado (CAZEIRO; SILVA; SOUZA, 2021).

O câncer é concebido como uma doença consequência dos hábitos do indivíduo, o que difere que no HIV/Aids a doença seria provocada pelo sujeito associado a um grupo de risco, o que se associa a ideia de uma população poluída em que ao se infectar significaria uma condenação (SILVA; GOMES, 2020).

A não normalidade que sociedade coloca diante do HIV, o preconceito, a ideia da pessoa adoecida, pouco saudável, diante da falta de informação são uns dos impedimentos evidenciados no discurso pela prevalência do sigilo, como prevenção do preconceito e do julgamento:

Porque não se ouve falar de tratamento sobre HIV assim, sobre com naturalidade, sabe? Você não fala, “não, minha tia tem HIV e tá tudo certo, bom, maravilhosa e tal... o meu tio não, tudo saudável”, não! As pessoas elas escondem que eu acho que é o grande problema, a sociedade tipo assim ao mesmo tempo que você se preveni do preconceito por sigilo né. Porque nem todo mundo tem uma condição emocional de você levar pedrada na cara, né. Como se fosse isso.

Gomes *et al.* (2021) referem que o desconhecimento e a falta de informação acerca do HIV levam a questões ligadas ao preconceito, assim como a síndrome se liga a julgamentos morais e condutas desviantes. Portanto, a pouca discussão no âmbito social que a partir do tratamento mudou-se a perspectiva de qualidade de vida diante a doença reforça os estigmas e preconceitos já cristalizados com início da pandemia. Ainda:

O estigmatizado espera muito do ambiente humano que o cerca. Sua aspiração é ser reconhecido, levado em conta, considerado um semelhante. Poucas palavras, sobretudo poucos gestos, vão tranquilizá-lo e permitir-lhe sentir-se apoiado. Como está trancado em sua bolha, ele descobrirá com surpresa que o grupo familiar, ou o de seus semelhantes, também está afetado. É uma ferida que atinge a identidade coletiva (EIGUER, 2019, p.25)

A decisão de não contar é priorizada como medida de proteção a esses sujeitos, evitando que exista um confronto com a discriminação e o julgamento moral. No sigilo podem enfrentar sozinhos a condição da doença e isto traz o fato de que

possa ter dificuldades em encarar positivamente algumas circunstâncias próprias da doença (GOMES *et al.*, 2021). Isso é afirmado novamente no trecho: *Por que para mim o HIV é como uma característica minha sabe? A cor dos meus olhos o que eu gosto eu não gosto. É algo meu sabe, e cabe a mim dizer ou não para outra pessoa, mas assim... não comento com ninguém, entendeu.* O HIV aqui também é incorporado como um atributo, característica física ou de identidade do sujeito, cabendo a ele a tomada de decisões quanto a melhor maneira de enfrentar.

Então assim eu consigo viver socialmente, na sociedade. Olhar pra frente e saber que qual a solução? Aconteceu, então em vez de ficar discutindo como aconteceu, vamos ver o que a gente pode fazer pra que... pra ter uma qualidade de vida melhor. Então é isso, eu busco hoje uma qualidade de vida.

Esse modo de enfrentamento consiste na afirmação da vida e na luta contra a culpa, em não pensar nas maneiras que aconteceram e como poderia ter evitado, o que permite focar na qualidade de vida, viver melhor como saída do conflito culpa x HIV x solidão. Posto isto, compreender o que significa verdadeiramente a epidemia, viabiliza a elaboração da representação desta pelo sujeito. Essa elaboração pode estar ancorada ao saber científico, às relações sociais do cotidiano por onde os saberes são divididos e então, incorporados. Conscientizar-se de um problema que se configura como ameaçador coloca a sociedade a pensar o futuro em relação não só ao tratamento como à prevenção, mas também ao cuidado (SILVA; TAKAHASHI, 2008).

É possível perceber que esta elaboração do sujeito acontece, evidenciada pelo discurso a seguir, no qual se reconhece como o tratamento proporciona uma boa qualidade de vida:

Acaba sendo que é só pra gente, é... mas o importante é que... o tratamento me faz bem e... minha vida é normal... Não é um problema, o HIV não te mata, mas ele te deixa... reservado, né? Reservado. Então só escondo mesmo por causa daquela questão das pessoas me olharem diferente, porque medo eu não tenho não. Ficarem com aquela cara oh que coitadinho.

Por meio da elaboração e incorporação, o cuidado entra em cena influenciado pela compreensão de que o HIV é algo crônico, mas que é possível viver bem, com uma vida “normal”, mas que produz muitas limitações no campo social, deixando “reservado” por conta da discriminação, os olhares diferentes e o lugar de vítima. No contexto da pessoa que vive com o HIV, é possível identificar a existência de um jogo de normalização, mesmo que de forma contraditória. É importante que esse processo aconteça, pois é a partir de uma normalização que se torna possível um caminhar, mesmo que inseguro, em direção do enfrentamento, e a partir daí a possibilidade de aceitação do meio social em que está inserido (SILVA; TAKAHASHI, 2008). Este discurso de normalização também é encontrado no DSC 1, como forma de lidar com o HIV/Aids.

Por último, o DSC ilustra o caminho percorrido para o enfrentamento e cuidado, no entanto restrito pelos sentimentos de medo do julgamento e culpa, resultado das representações sociais atribuídas ao estigma do HIV. O sujeito aqui se identifica com o estigma, restringindo o campo das relações e o apoio social, que é considerado por estudos como fonte de apoio importante para lidar com as questões estigmatizantes e sofrimento diante da doença. A pessoa soropositiva está exposta a prejuízo moral, devido à sua intimidade, vida privada e honra estarem associadas a imagem marginalizada, como a relação do HIV com comportamentos impuros, consequência da influência de questões de origem moral e religiosa. Isto transforma-se em um mecanismo potente de culpabilização, associando uma ideia de castigo e mau comportamento, o que leva à vergonha e ao sigilo (GOMES *et al.*, 2021). Esta identificação com o estigma também ocorre no DSC 2, em que o sujeito não consegue de desvincular e adocece como consequência.

É importante ressaltar que esse DSC foi formado pelo discurso de 14 participantes que convivem com a doença em tempos variáveis (entre 1 e 25 anos), o que mostra como o estigma relacionado ao HIV ainda é forte e mobiliza os aspectos negativos em relação a doença.

5.2.2 Subjetividade e vivência social com o HIV

Este eixo temático engloba discursos sobre o campo do social e a vivência com o HIV, abordando mecanismos subjetivos desencadeados pelo preconceito, estigma e associações a morte fixas ao imaginário social.

Medo de rejeição

O seguinte DSC traz o comportamento de reclusão e desistência em procurar apoio social devido a autoproteção, medo do preconceito e rejeição que podem ser vivenciados a partir do revelar-se soropositivo:

“Eu não conversava com ninguém, me fechava, colocava um monte de coisa na minha cabeça, ficava com medo de conta e não conversar mais comigo. Antes tudo que conversava eu lembrava disso que tinha, mas agora não. Antes eu ia conversar com alguém e fico pensando “meu Deus, se essa pessoa saber da minha doença, não vão querer ser meu amigo, não vão conversar mais comigo”. As vezes a pessoa que conhece a gente fica olhando e a gente fica pensando “será que ela tá pensando que a gente vai passar? num prato de comida, um sabonete, uma coisa assim. Isso que eu fico pensando.

Eles acham que pode transmitir tipo igual o COVID, igual eu tive o COVID também é.... Muita gente não tem conhecimento do que é, do como se transmite só com relação, então aí fica complicado conta... com quem sabe verdade aí sim, mas ao contrário não, né.

Falta informação! Às vezes eu tenho vontade de me abrir e eu jogo numa conversa sobre isso sobre aquilo, mas pessoas tem muito preconceito, tem pessoas novas que eu conheço, amigos novos que eu começo a falar sobre o HIV, pra ver o que a pessoa fala “aí Deus me livre, credo! Já pensou você tá do lado de uma pessoa que tem HIV aqui, tomando tereré aqui, credo!”, aí eu fico “oxi, você tem mente fechada, hein. HIV não é isso”.

Então eu não saio falando pra amigo, não sai falando pra parente, com certeza eu ia sofrer mais ainda porque tem a discriminação né? Então tipo assim... eu converso vários casos né, até de família que em casa tem o copo separado, tem o prato separado, sabe?

Eu tive que lidar com o medo de falar pras pessoas, foi todo um processo de conhecer uma nova pessoa, de ter que falar, até assim meu segundo ano de tratamento assim, é um pouco...eu não queria me relacionar mais com ninguém, porque eu... eu não queria esse desgaste, sabe? E também o medo de rejeição é... que infelizmente acontece.

É... Hoje eu entendo que é por falta de conhecimento e falta de... de... de ler ou de conhecer mesmo. Porque... é... o sexo tem que ser da mesma forma que seria com outra pessoa que não é soropositivo, com proteção e pronto. e aí eu falei o que eu estava sentindo e que eu não queria me... me desgastar, sabe? E que também tinha medo de rejeição.

Eu sentia insegurança. Até de eu gostar da pessoa e a pessoa não querer me aceitar, por exemplo. Ter um relacionamento meio...com desprezo, assim, da pessoa não me aceitar na hora que for falar. Pra mim eu pensava muito mais em mim, porque se a pessoa não quisesse por exemplo eu ficava triste, eu ficava é... magoado.

Com a família eu fiquei com medo de... de da rejeição da família né, porque eu pensei assim “cara, o medo maior é isso”, você pensa assim “nossa, imagina minha mãe e meu pai, ah...lixo de pessoa”, sabe? Aí eu fiquei, cara! Mas não tem o que fazer são eles, ou é com eles a base de tudo, ou eu vou ter que criar uma base sozinho né, pensei comigo assim, o apoio é ótimo, mas o principal apoio é a gente mesmo, nós mesmos nos apoiar” (P01, P02, P03, P05, P06, P08, P10, P11, 014, P17, P18, P19, P20)

No começo do discurso depara-se com aspectos relacionados ao medo da rejeição e exclusão social ao revelar o diagnóstico a alguém, sendo o HIV algo que na concepção do indivíduo não é dissociado de sua identidade. Este conteúdo é bem evidenciado no DSC 3, em que os sujeitos optam pelo silêncio como autoproteção por medo da exclusão e preconceito. Acadroli e Silva (2014), ao analisarem oito estudos sobre a temática, concluem que em todos eles o medo do preconceito e da morte são os sentimentos relatados com maior intensidade entre as PVHIV, como é possível se observar no discurso:

“Eu não conversava com ninguém, me fechava, ficava com medo de conta e não conversar mais comigo. Antes eu ia conversar com alguém e fico pensando “meu Deus, se essa pessoa saber da minha doença, não vão querer ser meu amigo, não vão conversar mais comigo”. As vezes a pessoa que conhece a gente fica olhando e a gente fica pensando “será que ela ta pensando que a gente vai passar? num prato de comida, um sabonete, uma coisa assim.

Falar sobre o diagnóstico torna-se como uma divisão na vida do sujeito, pois isso poderá influenciar na forma que a nova condição será administrada. Assim, a PVHIV devido ao medo do preconceito pode reduzir o apoio social e dificultar as relações sócioafetivas (GOMES *et al.*, 2021).

O sujeito fica a voltas com os pensamentos persecutórios em torno da doença e medo sofrer preconceito e exclusão, primeiro relacionado ao afastamento social das pessoas em “não vão querer ser meu amigo”, depois pela fantasia de contágio direto pelo ar ou compartilhamento de objetos pessoais “*será que ela ta pensando que a gente vai passar? num prato de comida, um sabonete, uma coisa assim*”. O medo na perspectiva psicanalítica é um afeto comum, fundamental a sobrevivência e fator constituinte da própria personalidade, tido como resultado a uma situação de perigo (real ou imaginário) (PAULUK; BALLÃO, 2019).

O medo do contágio direto motivado pela falta de informação é comparado pela PVHIV com o contágio do COVID-19, doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2 que tem alta taxa de transmissibilidade pelo ar ou compartilhamento de objetos:

Eles acham que pode transmitir tipo igual o COVID, muita gente não tem conhecimento do que é, do como se transmite só com relação, então aí fica complicado conta... com quem sabe verdade aí sim, mas ao contrário não, né.

Isto revela o como essas pessoas estão expostas ao preconceito e rejeição diante deste tipo de julgamento social e fantasia de transmissão. Meneghin (1996) discute sobre o medo irracional quanto a contaminação pelo HIV, este medo não está no âmbito científico, mas sim no que concerne aos valores pessoais e crenças coletivas atribuídas simbolicamente a doença relacionada a contaminação. O reforço a estas crenças se deu por meio dos meios de comunicação que diante a época que abordava o tema de maneira pejorativa, preconceituosa e até mesmo contraditória.

O medo de ser exposto se contrapõe aqui ao desejo de compartilhar com alguém o diagnóstico, como uma forma de se sentir aceito, como destaca o trecho:

Falta informação! Às vezes eu tenho vontade de me abrir e eu jogo numa conversa sobre isso sobre aquilo, mas pessoas tem muito preconceito, tem pessoas novas que eu conheço, amigos novos que eu começo a falar sobre o HIV, pra ver o que a pessoa fala.

Falta informação e espaços em que os sujeitos possam ter apoio e suprir sua necessidade em falar sobre o tema, já que não é acolhido sobre isso no contexto social diante do preconceito. O medo de se expor e sofrer a rejeição é um fator importante que intervém na vivência no campo social, impede que as pessoas possam conversar abertamente sobre o tema e desconstruir o estigma em torno da doença. A partir da cultura e do assujeitamento a linguagem que se forma o sujeito. É por meio do discurso que o sujeito busca se situar para encontrar um espaço na relação com o Outro (no âmbito simbólico da linguagem) (LIMA *et al.*, 2015). A comunicação se torna um impasse na vivência social com o HIV, impedindo o sujeito de construir um espaço discursivo próprio, além de se encaixar nos discursos que produz sofrimento em torno da doença.

Então eu não saio falando pra amigo, não sai falando pra parente, com certeza eu ia sofrer mais ainda porque tem a discriminação né? Eu converso vários casos né, até de família que em casa tem o copo separado, tem o prato separado, sabe?

Histórias ouvidas sobre a vivência do preconceito e segregação de outras pessoas contribuem para que estes sujeitos continuem mantendo o sentimento de medo e isolamento em relação a doença, como uma defesa de vivenciar na experiência o que já está inscrito como um sofrimento de ordem simbólica, como posto no trecho acima. O pensamento crítico até hoje caminha para a desconstrução do estigma em relação a doença (BASTOS, 2007), desde 1980 a infecção percorreu caminhos de diferentes interpretações, partindo de uma doença aguda e letal para uma enfermidade crônica e tratável. Este fato não modificou o estigma da doença que ainda carrega o peso de um preconceito explícito e velado pelos segmentos sociais (GOMES *et al.*, 2021).

O medo de contar como parte do processo de vivência com a infecção produz como efeito o não se relacionar para não se expor a rejeição, como podemos ver a seguir:

Eu tive que lidar com o medo de falar para as pessoas, foi todo um processo de conhecer uma nova pessoa, de ter que falar, até assim meu segundo ano de tratamento assim, é um pouco...eu não queria me relacionar mais com ninguém,

porque eu... eu não queria esse desgaste, sabe? E também o medo de rejeição é... que infelizmente acontece.

O próprio medo é balanceado diante da compreensão sobre o HIV e adaptação do funcionamento do sexo protegido. Neste campo existe o medo da rejeição diante a não informação, mas também existe a evitação ao desgaste em se explicar sobre a doença para estas pessoas que não se apresentam informadas:

É... Hoje eu entendo que é por falta de conhecimento e falta de... de... de ler ou de conhecer mesmo. Porque... é... o sexo tem que ser da mesma forma que seria com outra pessoa que não é soropositivo, com proteção e pronto. e aí eu falei o que eu tava sentindo e que eu não queria me... me desgastar, sabe? E que também tinha medo de rejeição.

A insegurança, mágoa e medo do desprezo são sentimentos que fazem parte da vivência do sujeito com o HIV diante dos relacionamentos interpessoais. Maciel *et al.* (2019) afirmam em seu estudo que a maneira que o parceiro e outras pessoas podem reagir diante do revelar-se soropositivo influencia nos sentimentos de intensa insegurança. Isto possibilita a omissão do diagnóstico e o rompimento dos vínculos afetivos:

Eu sentia insegurança. Até de eu gostar da pessoa e a pessoa não querer me aceitar. Ter um relacionamento meio...com desprezo, da pessoa não me aceitar na hora que for falar.

Pode-se perceber que existe um retraimento afetivo diante das relações como forma de proteção ao sofrimento da rejeição, sendo melhor evitar “gostar” de alguém para que não aconteça de não ser “aceita”. Os mecanismos de defesa do Ego apresentam-se como processos subconscientes desenvolvidos pela personalidade para lidar com tensões e conflitos internos e externos, isto faz com que o Ego possa se dissociar de afetos que possam atingir a sua integridade (SILVA, 2011). No discurso podemos encontrar dois dos mecanismos de defesa do Ego, a racionalização e o deslocamento.

A racionalização acontece de maneira em que o indivíduo possa visar sua autoproteção e conforto psíquico, com o intuito em manter o respeito próprio e evitação do sentimento de culpa (SILVA, 2011), como demonstra o trecho: *“Pra mim eu pensava muito mais em mim, porque se a pessoa não quisesse por exemplo eu ficava triste, eu ficava é... magoado”*.

No mecanismo de defesa do Ego de deslocamento acontece a substituição da do objetivo inicial da pulsão por outra diferente que possa ser aceita na sociedade (SILVA, 2011). O deslocamento ocorre diante do conflito pulsional em relação aos afetos nas relações e seu medo de não ser aceita. Assim o sujeito do discurso desloca o que está sentindo para adquirir um comportamento em que não será reprovada socialmente, como explícito a seguir *“sentia insegurança. Até de eu gostar da pessoa e a pessoa não querer me aceitar, por exemplo. Ter um relacionamento meio...com desprezo, assim, da pessoa não me aceitar na hora que for falar”*.

Este pensamento permeia não apenas no âmbito das relações amorosas, mas também das relações familiares como mostra o desfecho do discurso:

Com a família eu fiquei com medo de... de da rejeição da família né, porque eu pensei assim “cara, o medo maior é isso”, você pensa assim “nossa, imagina minha mãe e meu pai, ah...lixo de pessoa”, sabe? Mas não tem o que fazer são eles, ou é com eles a base de tudo, ou eu vou ter que criar uma base sozinho né, o apoio é ótimo, mas o principal apoio é a gente mesmo, nós mesmos nos apoiar.

O fato de o HIV ser uma doença sexualmente transmissível faz com que o tabu acerca da sexualidade recaia sobre a vivência da doença. O pensamento cristão, que na história e ainda hoje é mecanismo de regulação do corpo e sexualidade, carrega consigo o caráter de culpabilidade aos sujeitos em exercer a mesma (FOUCAULT, SENNET, 1981). Jesus *et al.* (2017), em sua pesquisa sobre a qualidade de vida de sujeitos soropositivos, pode constatar que o suporte familiar é fundamental para o enfrentamento da doença, o que influencia no autocuidado e fornece apoio emocional, portanto o não reconhecimento do suporte familiar viabiliza uma ausência de perspectivas favoráveis no viver com o HIV/Aids.

O medo da associação da imagem ao “lixo de pessoa” faz com que o sujeito, mesmo que considerando a importância do apoio social como exposto no trecho, cogite a ideia de enfrentar todo o sofrimento sozinho, sem compartilhamento de

vivências e apoio necessário para se desfazer do peso do estigma. O estigma do HIV associado à sua história inicial dos 4H, em que a doença foi associada a homossexuais, populações pobres em situação de vulnerabilidade e usuários de drogas injetáveis (BASTOS, 2007) gera uma culpabilização da pessoa que vive com HIV, que mesmo não estando dentro, por vezes, destes grupos oprimidos, produz processos de associação identificatórios.

Vivência do preconceito e segregação

O DSC a seguir vai discorrer sobre a vivência do preconceito e da segregação devido a desinformação das pessoas sobre o que é o HIV e como a pessoa pode viver diante do tratamento. Este DSC torna-se complemento da ideia do DSC 4, do qual a pessoa vivencia em um segundo momento o que temia em relação ao preconceito:

“E eu desabafava qualquer coisa com todo mundo, sabe, aleatoriamente. Mas hoje eu me resguardo muito, até porque, até por questões de preconceito né, que tava... inclusive até hoje eu tava lendo uma entrevista a respeito disso que são 38 milhões de pessoas que convivem com essa doença, com o HIV, de 7 bilhões no planeta terra. E essa minoria sofre um preconceito gigante né, eu também tinha um preconceito enorme. Até evitava de conversar, de me relacionar com quem quer que seja até ter isso, né.

E eu tinha um preconceito muito enorme referente a isso, cara eu não vou me relacionar, não quero. Acho que até seja um... sei lá... reflexo, né? Desse preconceito, a gente não quer aquilo e acaba atraindo. Eu tinha um preconceito, até então não tenho procurado ninguém pra me relacionar, sabe. Nem homem e nem mulher, sabe. Você sempre escolhe ficar com as pessoas mais bonitas não desconfiando que elas podem ter alguma coisa, tipo assim como se fossem um estigma perfeito de pessoa, nunca vai ter problema.

Só que ao mesmo tempo eu acho que esse preconceito ele é ruim porque... não é que se tem que ser normalizado, mas não se mostra uma realidade que não é tão assim cruel sabe? Se fala de uma realidade cruel, mas na prática não é tão cruel. Tipo assim não é que as pessoas têm que ter HIV, mas assim quem tem, tem que aceitar e procurar o tratamento sabendo que pode viver tranquilamente.

Antigamente tinha que nem encostar, não podia tomar no mesmo copo, então assim... no começo era muito difícil né. Eu peguei uma fase, uma fase do... quando eu descobri isso aí é... da falta de informação. Não tem informação aí comentando sobre o HIV “Deus me livre esse negócio”, eu até ouvi gente falando “aí começa a cair a pele, começa a ter ferida, sabe... nas partes íntimas, começa não sei o que lá aqui e assim”, sabe... aí você fica só prestando atenção né... só falta de informação, né... a realidade não é essa.

A minha mãe no começo, marcou exame pra ela, pro meu irmão. Eu chegava na casa dela “não, usa esse prato aqui”, ela começou a ter um preconceito comigo. Aí minha bebê era pequena eu soprava comida pra dar pra ela, ela “não, você não pode assoprar e num sei que”. Aí comecei a fazer o tratamento aí eu perguntei pro médico, doutora eu posso assoprar a comida da minha filha? Eu posso tomar banho com ela? Lavar a minha roupa íntima junto com a dela? Porque minha mãe tá separando até minhas roupas lá em casa. O sabonete no banheiro era separado, aí falei, aí aquilo ali me deixou com sentimento de muita mágoa, falei nossa, preconceito da própria mãe, sai fora. Eu parei até de ir uns tempos na casa dela no começo” (P01, P02, P03, P06, P10, P11, P16, P17, P19, P20).

A desinformação diante o discurso analisado pode ser categorizada como o eixo central desencadeante das vivências quanto ao preconceito, passando primeiramente com o autopreconceito, o lidar com o preconceito da pessoa infectada e impressões sobre a doença:

E eu desabafava qualquer coisa com todo mundo, sabe, aleatoriamente. Mas hoje eu me resguardo muito, até porque, até por questões de preconceito né, eu também tinha um preconceito enorme. Até evitava de conversar, de me relacionar com quem quer que seja até ter isso, né.

Com o avanço do tratamento e expectativa de vida das pessoas infectadas, a Aids passa a ser considerada como uma doença crônica. Isto levantou novas questões no campo da saúde, incluindo a reinserção social, promoção de hábitos saudáveis, incluindo alimentação de qualidade e exercícios físicos, manutenção da sexualidade, bem como o direito à maternidade e paternidade” (FREITAS *et al.*, 2012). Com base nisso, percebe-se que as ações educativas no campo da saúde para a

sociedade em geral diante do tratamento e a transmissão de conhecimento sobre o funcionamento da doença, assumem papel de grande importância podendo evitar a discriminação e propagação do estigma social (FONSECA *et al.*, 2020).

Desse modo, a Aids desde o começo da história, atingiu as mais diferentes esferas discursivas nos campos da medicina, política e sexualidade, isto por sua vez, fez com que fosse não apenas uma epidemia de uma doença letal e transmissível, mas também uma epidemia de significados (SILVA; GOMES, 2020).

Inicialmente, o discurso aponta uma mudança do comportamento diante dos relacionamentos com as pessoas, o “desabafar com todo mundo” se transforma em “resguardo” devido ao preconceito. A busca de informação então torna-se de importância para lidar com o preconceito em geral e o próprio em relação a doença, diante das atitudes internalizadas anteriormente em evitar se relacionar com quem tem “isso”.

O surgimento do HIV/AIDS é visto como um fator social e histórico que trouxe sob sua incumbência uma carga de vulnerabilidade social marcante, bem como alguns preconceitos e dúvidas a respeito dessa doença, ainda desconhecida na época de seu surgimento. Sendo assim, desenvolveu-se a estigmatização social que é até hoje vivida de diferentes formas pelas pessoas que convivem com HIV/AIDS. Esse construto pode ser definido como um modo de desprestígio ou desqualificação de um indivíduo em função de possuir ou ter a possibilidade de presença do HIV/AIDS (FONSECA *et al.*, 2020, p. 3)

Do ponto de vista psicanalítico, o preconceito pode ser pensado a partir do campo da violência que têm como objetivo extrair do sujeito sua humanidade, adicionando ao pensamento de que algumas vidas não possuem valor (HERZOG, 2019). Freud coloca que o sofrimento é ameaçador e se baseia em três direções, a primeira se remete ao próprio corpo, que direcionado para ruína e a degradação, nos dispara sinais de alerta como medo e dor; a segunda diz a respeito ao mundo externo, que tem a potencialidade de acometer a pessoa com uma força arrebatadora; e a terceira e última diz a respeito das relações interpessoais, que é capaz de se mostrar como uma das fontes mais dolorosas (FREUD, 2010f); torna-se penoso reconhecer a diferença, apesar do outro ser imprescindível, para que o próprio sujeito venha a se constituir como tal (HERZOG, 2019). Considerando a importância das relações interpessoais e a sua potencialidade em causar o sofrimento psíquico, podemos

pensar e no impacto do preconceito na vida destes sujeitos que ficam fixos a uma imagem do estigma:

E eu tinha um preconceito muito enorme referente a isso, cara eu não vou me relacionar, não quero. Eu tinha um preconceito, até então não tenho procurado ninguém pra me relacionar, sabe. Você sempre escolhe ficar com as pessoas mais bonitas não desconfiando que elas podem ter alguma coisa, tipo assim como se fossem um estigma perfeito de pessoa, nunca vai ter problema.

O preconceito se mostra como uma forma estigmatizante em relação à pessoa que possui o vírus visto que a imagem dessa pessoa se contrapõe à imagem da pessoa que não tem o HIV/Aids, imagem de alguém que é bonito. A infecção toma o lugar da consequência do preconceito e estigma enraizados, acreditando ser um “reflexo” das atitudes incorporadas e estando em relação com o Eu, o outro e as representações da pessoa que vive com HIV. Na psicanálise laciana o preconceito pode ser pensando através da questão simbólica, em que o sujeito se depara com dificuldades em buscar o que servirá de apoio para o lugar do eu, devido ao fato de estar em jogo muito mais do que a imagem do outro. No preconceito há a mínima suposição da existência de um outro, e que ele se difere de si. Desta forma, “a imagem não é o único elemento em jogo, pois incluem-se ideias a respeito de algo ou de alguém, ou seja, a relação entre o eu e o outro e aquilo que ele representa. Uma relação triangular, portanto, com participação simbólica” (SOUSA; PINTO, 2021, p.62-63), as imagens simbolizadas acontecem de forma inconsciente, ou seja, as imagens são construídas por meio dos discursos e fixadas inconscientemente.

O contato com a informação e o tratamento traz uma nova perspectiva da realidade a pessoa que vive com HIV, uma realidade menos “cruel”, e a busca pela qualidade de vida dentro do tratamento:

Só que ao mesmo tempo eu acho que esse preconceito ele é ruim porque... não é que se tem que ser normalizado, mas não se mostra uma realidade que não é tão assim cruel sabe? Tipo assim não é que as pessoas têm que ter HIV, mas assim quem tem, tem que aceitar e procurar o tratamento sabendo que pode viver tranquilamente.

Faz-se necessário nesse primeiro momento, para lidar com a própria falta de informação e o preconceito, a normalização da doença, assim como encontrado no DSC 1 e DSC 3. Conforme Oliveira *et al.* (2019) discutem em seus estudos, dentro de nossa sociedade as vivências da PVHIV abarcam o estigma e a falta de informação sobre a doença, seu tratamento e possibilidades do cuidado. A falta de informação, desse modo, se configura como principal contribuinte para a falha na busca de uma qualidade de vida, considerando que estes indivíduos não possuem conhecimento sobre o tratamento, prognóstico e, ainda, possui as relações prejudicadas pelo preconceito, pois acabam sendo vistas como “condenadas” e “contaminadas”, limitando o suporte social (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Num segundo momento do discurso, a vivência do preconceito se amplifica para as relações sociais e familiares que circulam em volta da imagem do indivíduo “aidético”, doente, um sujeito que definha, exposto a mazelas da doença:

Antigamente tinha que nem encostar, não podia tomar no mesmo copo. Eu peguei uma fase da falta de informação. Não tem informação aí comentando sobre o HIV “Deus me livre esse negócio”, eu até ouvi gente falando “aí começa a cair a pele, começa a ter ferida, sabe... nas partes íntimas, começa não sei o que lá aqui e assim”

A falta de informação é mecanismo gerador do preconceito e segregação destes indivíduos. O preconceito começa com as falas externas, não realizadas diretamente, mas que produziram consequências e experiências negativas da PVHIV. Escutar a concepção preconceituosa e estigmatizada das pessoas de fora, faz com que estes indivíduos vivam o preconceito e discriminação e resulte em mais medo em se expor e buscar apoio no campo social.

Depois o preconceito e discriminação são vivenciados em atos pelo próprio núcleo familiar, do qual leva a segregação e exclusão dos espaços de convívio.

A minha mãe no começo, marcou exame pra ela, pro meu irmão. Eu chegava na casa dela “não, usa esse prato aqui”, ela começou a ter um preconceito comigo. Aí minha bebê era pequena eu soprava comida pra dar pra ela, ela “não, você não pode assoprar e num sei que”. Porque minha mãe tá separando até minhas roupas lá em casa. O sabonete no banheiro era separado, aquilo ali me deixou com sentimento de

muita mágoa, preconceito da própria mãe. Eu parei até de ir uns tempos na casa dela no começo.

Como supracitado, a PVHIV vivencia uma gama de preconceitos, como a separação de utensílios da casa e de higiene, a fantasia da contaminação por contato, o que levou aos sentimentos de rejeição e exclusão da convivência com o círculo familiar. Posto isto, Cazeiro, Silva e Souza (2021) discorrem sobre o estigma como um fenômeno psicossocial e fonte de um sofrimento psíquico e social. É a partir do estigma que é possível no campo social estabelecer intensas violências e violações, assim o estigma distancia “diferentes aspectos coletivos e individuais que constituem as pessoas, ou seja, sem compreendê-las em sua integralidade e amparadas por direitos” (CAZEIRO; SILVA; SOUZA, 2021, p. 5364).

5.2.2.3 HIV associado à morte

O último DSC do âmbito social, denominado pelo IC HIV associado à morte traz a discussão sobre a letalidade do HIV como caminho, ainda no campo do estigma e falta de informação. O discurso percorre a concepção das pessoas que convivem com a PVHIV, e as repercussões que esse discurso resulta no âmbito psicológico:

“Pra mim, na época era...nossa, que eu ia morrer... nossa, pra mim não tinha...acabou minha vida. Mas hoje...Eu durante o dia, sem vir ao médico é normal, nem lembro que eu tenho, eu lembro na hora que vou tomar o remédio, mas normal, vida normal. Mas quando eu venho ao médico, pegar papel de exame, passar médico, eu fico “ai Jesus, o que vai acontecer agora”, vai ter alguma coisa alterada ali já.

Toda a vez eu fico com medo, porque minha ex sogra mesmo, ela disse que teve um sobrinho que descobriu que tinha, ele era fortão, bonitão, tomava as medicações diz que de uma hora pra outra o cara decaiu e morreu, ficou magro e feio. Falei “Jesus! Deus me livre acontecer isso comigo”, aí a gente fica com isso, pô toma toda a vez o remédio e de repente o vírus entra com tudo, porque isso, né. Isso daí que dá medo também.

Ai aquilo ali foi na minha cabeça, porque parece que eu olhava pro espelho e parece que eu via que estava seca, magra, aí eu engordei 20 kg, agora que tô conseguindo voltar, porque eu comia sem parar. Olha aqui meu dedo, eu via esqueleto

em todinho meu corpo, me olhava, aí tudo tava ruim, doente, eu comecei a ficar bem ruim, eu falei “meu Deus! Eu vou morrer também”. A gente vai morrer né, mas só que a gente não pode se entregar pra doença também.

Mas assim, toda vez que eu venho no médico pra mim é uma agonia, parece que ele vai dar uma sentença de morte ali já. Se tiver que morrer deixa Deus levar, né? Mas se Deus quiser, vamos fazer o que? Mas até lá vamos se cuidar né. Porque as pessoas ficam já te olhando como um cadáver, né, porque o pessoal fala que tem HIV já olha pra pessoa como um cadáver, sabe?

Hoje eu tenho um relacionamento... é... com as pessoas, eu sabe... igual eu falo a minha preocupação é... igual eu falo assim, eu por...é... toda essa conturbação de remédio, toma isso, toma aquilo, tomar e parar tratamento, eu sou um milagre de Deus, porque quantas pessoas que eu conheci que morreram mesmo tomando e eu... só que eu... é igual falam né você tem que ter responsabilidade, você tem que assumir a realidade e tentar é... o que acontece, você fazendo o tratamento você consegue manter sua vida por mais tempo, ter uma qualidade de vida melhor, eu acho assim simples né, você tomar três remédios por dia e manter.

Poxa vida, eu tô há 20 anos aí com Aids e o tanto de gente que eu já vi morrer, é gente hein? Por isso que eu achei que eu ia morrer mais cedo, mas o tanto de gente que eu já vi morrer e eu estou aqui ainda forte e firme. É, tipo pra eles até hoje eu estou morrendo, eu vou morrer pra eles. Eu falei ‘gente nós vamos morrer mesmo, mas não é disso’ (P01, P03, P08, P10, P17).

O começo do DSC é possível observar que diante a descoberta do diagnóstico a primeira compreensão da doença se associa a morte, o diagnóstico como sentença de morte até seguir para a normalização da vivência, que é possível por meio do esquecimento que a possui. Este primeiro impacto até a normalização também é encontrado nos DSC1, DSC3 e DSC4. Para Freud o fim da vida não é olhado abertamente, devido ao seu caráter inconcebível e inimaginável, ou seja, não existem representações psíquicas para a morte, sendo com o sentimento de temor que se reflete sobre ela. Desse modo, o inconsciente está convencido de sua imortalidade e apesar do homem poder ter a vivência da perda de alguém amado, não é capaz de experienciar a si mesmo morto (FREUD, 1986c).

A infecção e sua associação a morte produzem reações de medo, incerteza e angústia diante do tratamento, do qual são disparados diante da figura do médico e

dos exames “*Mas quando eu venho ao médico, pegar papel de exame, passar médico, eu fico “ai Jesus, o que vai acontecer agora”, vai ter alguma coisa alterada ali já”*. Maciel *et al.* (2019) expõem que, diante da descoberta do diagnóstico, a interpretação dos indivíduos é de sentença de morte devido ao fato de ser uma doença crônica e incurável. A pessoa com HIV vive então um processo relacionado ao luto devido à compreensão de ser infectado por uma doença letal, crônica e sem cura o que leva a pensamentos de morte e finitude da vida (MACIEL *et al.*, 2019).

O medo aparece novamente no discurso e tem suas justificativas com base em uma fantasia diante da doença de morte rápida, em que em um momento a pessoa é saudável e no outro adoece e morre, mesmo tomando as medicações:

Toda a vez eu fico com medo, porque minha ex-sogra mesmo, ela disse que teve um sobrinho que descobriu que tinha, ele era fortão, bonitão, tomava as medicações diz que de uma hora pra outra o cara decaiu e morreu, ficou magro e feio. Toma toda a vez o remédio e de repente o vírus entra com tudo, porque isso, né. Isso daí que dá medo também.

A ideia de invasão do vírus coloca o sujeito frente a finitude da vida e a uma concepção de uma doença que não se freia, nem mesmo com os medicamentos, como podemos ver em “*aí a gente fica com isso, toma toda a vez o remédio e de repente o vírus entra com tudo, porque isso, né*”. O estigma faz seu papel também neste contexto, a associação da imagem de magro e feio com a proximidade da morte “*ele era fortão, bonitão, tomava as medicações diz que de uma hora pra outra o cara decaiu e morreu, ficou magro e feio*”. Esta imagem está associada às pessoas que vivem com Aids em estágio de fim de vida. A Aids, por sua vez, é compreendida e ainda vivenciada como a doença do outro caracterizado como diferente, marginal e estranho sob a ótica social (SILVA; GOMES, 2020).

É possível observar diante do medo de morrer uma distorção da imagem corporal e mudanças dos hábitos alimentares a partir disso:

Ai aquilo ali foi na minha cabeça, porque parece que eu olhava pro espelho e parece que eu via que estava secando, emagrecendo, aí eu engordei 20 kg, agora que tô conseguindo voltar, porque eu comia sem parar. Olha aqui meu dedo, eu via

esqueleto em todinho meu corpo. Eu vou morrer também”. A gente vai morrer né, mas só que a gente não pode se entregar pra doença também.

Campião, Leite e Vaz (2009), em seu estudo, chegaram ao resultado de que a maior parte das PVHIV entrevistadas, entre homens e mulheres, apresentaram distorção da imagem. Ao comparar o IMC atual com o desejado pelos participantes, cerca de 75% dos entrevistados estavam insatisfeitos com sua silhueta atual, apontando como silhueta desejada referente a um IMC maior, um corpo maior como o desejável. Pesquisas mais recentes reafirmaram estes resultados em relação a distorção da imagem corporal em pessoas que vivem com HIV/Aids, sendo desejado um maior IMC, superestimando o peso atual. Isto leva a uma preocupação do aumento do sobrepeso em PVHIV (SANTOS *et al.*, 2020), como ilustra o trecho “, *porque parece que eu olhava pro espelho e parece que eu via que estava secando, emagrecendo, aí eu engordei 20 kg, agora que tô conseguindo voltar, porque eu comia sem parar. Olha aqui meu dedo, eu via esqueleto em todinho meu corpo, me olhava, aí tudo tava ruim, doente*”.

Segundo os estudos de Campião, Leite e Vaz (2009) e Santos *et al.* (2020), estes resultados podem ser associados e interpretados devido ao estigma, presente até os dias atuais, característico pela perda do peso como resultado do avanço da doença, a lipodistrofia (atrofia facial e de membros inferiores) ou ainda efeitos adversos do tratamento.

O estigma é incorporado aos processos de subjetivação como podemos observar nos discursos. Segundo o psicanalista Dunker (2004) a subjetivação diz respeito ao processo de apropriação discursiva por meio do qual o mal-estar é singularizado e adquire a forma de demanda, queixa ou clamor. Os efeitos da linguagem e significante que nomeiam o mal-estar convidam o sujeito a se envolver, alienar ou separar-se de seu desejo, ou ainda, a apresentação discursiva constitui parte do sofrimento psíquico.

Em análise do trecho, ainda podemos associar a lógica de ambivalência discutida por Freud entre as pulsões de morte e pulsões vida “*aí tudo tava ruim, doente, eu comecei a ficar bem ruim, eu falei “meu Deus! Eu vou morrer também”. A gente vai morrer né, mas só que a gente não pode se entregar pra doença também*”. Para Freud, esta ambivalência diz a respeito da pulsão de morte ser de ordem desagregadora e a de vida unificadora (FREUD, 2016).

O psiquismo direciona a descarga psíquica a uma quantidade mínima que seja equivalente a vida. Estas tensões sentidas são percebidas como fontes de desprazer, o que motiva que o funcionamento psíquico tenda a tentar eliminá-la, o que gera um estado de desequilíbrio e busca de satisfação e demandas constantes. Ou seja, o funcionamento de eliminar tensões em prol de caminhar para o inorgânico (pulsão de morte) versus o desejo de viver (pulsão de vida) é constante no psiquismo, e só pode ser extinguido a partir da morte. É a partir disso que podemos chegar à lógica da castração, tendo que o indivíduo caminha para o encontro com a castração por excelência, o que objetiva a eliminação da existência (FREUD, 2016).

O decorrer do DSC a relação entre as pulsões desvela-se mais claramente, além de poder identificar e discutir o que concerne a castração e angústia de castração sentida pelo sujeito do discurso, como exposta no trecho a seguir:

Mas assim, toda vez que eu venho no médico pra mim é uma agonia, parece que ele vai dar uma sentença de morte ali já. Porque as pessoas ficam já te olhando como um cadáver, né, porque o pessoal fala que tem HIV já olha pra pessoa como um cadáver, sabe?

O HIV carrega, como visto no DSC, a condenação social à morte, a pessoa é vista como “cadáver”; a segunda morte, de acordo com a teoria lacaniana, é o que concerne a linguagem, nos deparamos com a finitude por meio do significante, que pode não ser mais dentro da cadeia significante o que inaugura e atravessa o indivíduo (SANTOS; MOHR, 2018). O sujeito assim é atravessado pela “agonia” de ir ao encontro com o médico, e pela angústia e medo de se deparar com a notícia da morte. Sternick (2011) traz a discussão sobre o afeto da angústia que apresenta no corpo a impressão de perigo real, diante dela a pulsão não pode ser representada por inteira e se substancializa no corpo, conferindo como o próprio sinal do Real. Tais vivências em seu excesso podem levar o sujeito a estranhar seu próprio Eu, submetido a essa intensidade que não consegue controlar, falta recursos ao sujeito libidinais, eróticos e simbólicos para sublimação ou deslocamento para outros sintomas, o que leva a uma “desposseção de si” (PEREZ, 2012).

O diagnóstico assume estatuto de castração, a doença que limita e impõe o sujeito ao tabu da morte e sexualidade. A angústia de castração é vivenciada pelo

medo irracional de morrer, mesmo estando submetido aos tratamentos e possuindo informações e vivências que ele aumenta a possibilidade de qualidade de vida:

Hoje eu tenho um relacionamento... é... com as pessoas, eu sabe... igual eu falo a minha preocupação é toda essa conturbação de remédio, tomar e parar tratamento, eu sou um milagre de Deus, porque quantas pessoas que eu conheci que morreram mesmo tomando e eu... você fazendo o tratamento você consegue manter sua vida por mais tempo, ter uma qualidade de vida melhor, eu acho assim simples né, você tomar três remédios por dia e manter.

A preocupação gira em torno do tratamento e de sua eficácia diante da adesão e da não adesão momentânea. Estar vivo assim, se configura como um milagre de Deus diante a nocividade da doença. Na transição do discurso o sujeito relaciona novamente o tratamento como forma de manter a vida, diante dessa ideia de morte fixada antes da efetividade dos antirretrovirais. Góis *et al.* (2018) afirmam que é por meio da adesão ao tratamento TARV, em que o HIV pode os poucos ser dissociado da morte e do morrer, o que anteriormente era considerado como sentença de morte, assume o lugar de naturalização como uma doença crônica. A vida assim pode ser “mantida” por meio do tratamento.

Poxa vida, eu tô há 20 anos aí com Aids e o tanto de gente que eu já vi morrer, é gente hein? Por isso que eu achei que eu ia morrer mais cedo, mas o tanto de gente que eu já vi morrer e eu tô aqui ainda forte e firme. É, tipo pra eles até hoje eu tô morrendo, eu vou morrer pra eles. Eu falei ‘gente nós vamos morrer mesmo, mas não é disso’

A angústia de castração, que faz parte do desenvolvimento e estruturação psíquica, caracterizada no menino como saída do complexo de Édipo e na menina como entrada, apresenta-se como função importante entre regulação de desejos internos e regulações culturais externas, trazendo uma renúncia do sujeito ao desejo por meio do sentimento angústia de perda de objeto. Esta angústia de castração pode ser vivenciada no campo das limitações e impotência, podendo ser associada a situações de doenças, hospitalizações e sofrimento físico colocado pelo tratamento.

A angústia de castração é a consequência do medo da separação de algo considerado como de extrema importância para o indivíduo (GONÇALVES, 2001).

O medo da morte pode ser comparado ao medo da castração, visto que estes são uma resposta do sujeito a situações que envolvem perigo e ameaça à totalidade do sujeito (GONÇALVES, 2001). “A angústia é sempre angústia de castração, assim como é sempre angústia de morte porque é diante do senhor absoluto que o devoraria e o extinguiria, que o sujeito se angustia. E isso porque ao sujeito, tudo o que é da ordem do Absoluto, com A grande não barrado, é da ordem da morte subjetiva” (SANTOS; MOHR, 2020, p. 186). Esta naturalização em doença crônica não livra o sujeito em vivenciar a angustia de castração, ou seja, o medo da morte, como se pode identificar no último trecho DSC como o discurso se duplica entre a possibilidade de morte “*Por isso que eu achei que eu ia morrer mais cedo, mas o tanto de gente que eu já vi morrer e eu tô aqui ainda forte e firme*” e a possibilidade e afirmação da vida diante da adesão do tratamento, ou ainda na afirmação da morte em “*Eu falei ‘gente nós vamos morrer mesmo, mas não é disso’*”, mas não por consequência da doença. Isto implica na tentativa do sujeito da dissociação do HIV/Aids do âmbito da morte, como carrega o estigma social.

5.2.3 Reorganização da sexualidade

Este último eixo temático traz conteúdos discursivos e discussões sobre a reorganização da sexualidade centralizada em três ideias centrais: adaptação no campo da sexualidade; medo, privação e diminuição da libido e dispensabilidade do sexo e busca de outros caminhos para viver a vida.

Adaptação no campo da sexualidade

O primeiro DSC deste eixo trata-se da forma de compreensão e adaptação da sexualidade a partir do diagnóstico. O impacto do diagnóstico é deixado para traz e a vivência com HIV diante da compreensão do funcionamento da doença possibilita uma nova forma de enxergar e lidar com a própria sexualidade.

No começo eu ficava sem... acho que por medo ficava com pouca vontade de ter relação sexual, mas foi mais ou menos uns seis meses assim pra... pra ter o ato

sexual em si, mas assim a libido, a falta de libido acho que era mais por medo mesmo, não era nem porque não tinha vontade, ter vontade a gente tem, mas é que assim parece que você, parece que é algo que te prende com a outra pessoa, entendeu? Porque sozinho eu me... eu me masturbava normal, sabe? No meu momento de fuga assim.

Eu acho que se você teve um vacilo, teve um negócio e... foi um erro seu. Foi um descuido seu. Então acho que o próximo não tem nada a ver com o descuido seu. Você continua a vida se cuidando, prevenindo, usando preservativo.

Só até você se adaptar, sabe? E depois acho que para mim voltou ao normal, sabe? De eu me gostar, de eu me tocar. Eu entender que eu já sou indetectável já, o tempo todo do tratamento, então eu sou indetectável então sou igual e não transmissível, né. Porque... se você se prevenir, se você se cuidar não há riscos de se contaminar. E eu também me cuido muito pra não transmitir pra outras pessoas e tá tranquilo essa parte, eu já me solto bastante, consigo me expressar né.

Foi uma adaptação de principalmente de ter que falar para as pessoas que “Ah vamos fazer sem camisinha, por exemplo”, eu não consigo, eu não posso. E eu não conseguia sair com alguém sem falar antes, eu precisava naquele momento falar primeiro por telefone. Então só saía de novo se tivesse tudo bem pra pessoa ou se a pessoa tivesse ainda interesse. Dependendo da devolutiva eu continuava a conversa ou não, mas foi um processo mais demorado, pra eu conseguir sair com outras pessoas novamente foi um processo de mais... de me entender nesse lugar que não era o que me caracterizava, mas que era parte de mim que se... pra mim conhecer outra pessoa eu precisava falar antes de continuar um... uma conversa, sabe?

Eu achei que talvez nunca mais ia acontecer ou se acontecesse iria ser de uma forma casual que não teria vínculo nenhum e tal, mas eu entendi que não. Aí depois desse tempo muito... (suspiro) muito obscuro pra mim sem... sem... sem perspectiva, sem saber o que queria fazer, o que eu não queria fazer que eu entendi que não, que eu posso sim, que se eu quiser eu vou. Agora sim eu consigo me relacionar com outras pessoas, é... consigo falar abertamente sobre isso, muito mais aberto do que eu era, porque eu conseguia falar só com as pessoas que eram muito mais próximas a mim.

E aí foi um processo de... entender um corpo soropositivo que não precisa da aprovação de ninguém e que se eu quiser ficar com alguém, que seja da forma que

eu queira é... falando ou não, mas sempre me protegendo” (P01, P04, P06, P10, P11, P12, P14, P16, P17, P19).

Inicialmente podemos perceber que houve a privação do ato sexual com parceiros devido ao medo, o que levou o deslocamento da libido no primeiro momento. Esta foi redirecionada com o passar de um período de vivência com a doença:

No começo eu ficava sem... acho que por medo ficava com pouca vontade de ter relação sexual, mas foi mais ou menos uns seis meses assim pra... pra ter o ato sexual em si, mas assim a falta de libido acho que era mais por medo mesmo, não era nem porque não tinha vontade, ter vontade a gente tem, mas é que assim parece que você, parece que é algo que te prende com a outra pessoa, entendeu? Porque sozinho eu me... eu me masturbava normal, sabe? No meu momento de fuga assim.

A privação acontece só no plano da relação com o outro diante da sensação de se sentir “preso” com a outra pessoa, sendo a atividade sexual concentrada pela masturbação no primeiro momento para lidar com o desejo sexual. Segundo Freud, o processo civilizatório proporciona uma supressão das pulsões sexuais, o sujeito dispense de uma considerável quantidade de energia em que há um deslocamento dos objetivos sem a diminuição da sua intensidade (FREUD, 1996b). Neste caso a libido e as pulsões sexuais não são desviadas da meta sexual, mas mudam o objeto direcionado, sendo a via narcísica por meio do autoerotismo a saída escolhida para lidar com a dificuldade em se relacionar com o outro no primeiro momento. Segundo Freud a copulação nada mais é do que um substituto insatisfatório da masturbação, ou seja, substituto das primeiras satisfações sexuais infantis. A pulsão faz caminho inverso a posição infantil que parte de um autoerotismo para o amor objetal (FREUD, 1966b), retornando ao Eu e as satisfações autoeróticas com primazia da zona erógena genital como meta de satisfação. O Eu é “preso” pelas questões sociais que atravessam o corpo soropositivo.

O discurso corre com o momento de responsabilização em relação a doença e ao cuidado com o outro. O exercer a sexualidade envolve cuidado próprio e com o outro, como demonstra o trecho a seguir: *Eu acho que se você teve um vacilo, teve um negócio e... foi um erro seu. Foi um descuido seu. Então acho que o próximo não tem nada a ver com o descuido seu. Você continua a vida se cuidando, prevenindo, c*

com preservativo”. O autocuidado pode ser visto na psicanálise a partir da perspectiva de Eros, a pulsão de vida. Considerando o dualismo Eros x Tanos, para que a pulsão de vida prevaleça é preciso que haja uma inscrição e ligação no âmbito da representação. Ou seja, o fato de a pulsão de morte não ter fim e não ser reconhecida pelo psiquismo em suas cadeias representativas faz com que a única saída para lidar com ela seja a afirmação da vida, diante da pulsão de vida (VENTURA, 2012). Neste embate entre as pulsões observa-se que, a partir das representações em viver com HIV, a via pelo Eros, amor-próprio e autocuidado, viabilizam que o sujeito possa se adaptar diante do impacto da doença.

A prevenção e o uso do preservativo são soluções encontradas para que se possa pensar no exercício da vida sexual com responsabilidade. Na história sobre a promoção de prevenção e o uso da camisinha, pode-se observar a superação do conceito de grupos de risco (associados a pessoas) para a discussão de comportamentos de risco versus práticas seguras. Esse processo possibilitou que fosse disseminada uma preocupação universal com a Aids, o que mobilizou maiores aberturas para se tratar do tema, assim como, a legitimação das informações e orientação em relação às práticas do sexo seguras e a divulgação e ensino do modo de usar a camisinha (PINHEIRO; CALAZANS; AYRES, 2013).

A sensação inicial de se sentir “preso” vai abrindo espaço para a possibilidade de se soltar em relação ao outro e expressar sua sexualidade, isto torna-se possível a partir do autocuidado que reflete no cuidado de não transmitir para o outro:

Só até você se adaptar, sabe? E depois acho que para mim voltou ao normal, sabe? De eu me gostar, de eu me tocar. Eu entender que eu já sou indetectável já, o tempo todo do tratamento, então eu sou indetectável então sou igual e não transmissível, né, eu já me solto bastante, consigo me expressar né.

A adaptação apresenta como elemento fundamental a compreensão do funcionamento do HIV diante da adesão do tratamento. O sujeito apresenta um retorno narcísico, não de retração da libido em torno do adoecimento, mas sim de um movimento de autoaceitação, amor-próprio e autoerotismo em volta de um corpo diferente, atravessado pelas questões do HIV. “A sexualidade humana não é da ordem da natureza, mas um efeito de fala, resultado das operações com os significantes impostos pela linguagem e pela cultura” (CRUZ; FONTENELLE,

2020, p. 3). Entender-se como indetectável, a linguagem e o significante em jogo marcando o corpo, traz a possibilidade de adaptação do campo da sexualidade.

O conhecimento apresenta-se como um fator psicossocial importante perante a infecção por HIV e representa uma variável considerável em relação aos comportamentos de risco, uma vez que, pessoas que possuem menos informações sobre as maneiras de infecção pela doença pendem para a realização de práticas de risco. Entretanto, isto por si só não garante comportamentos sexuais seguros, mesmo que considerado um fator protetivo (ARAÚJO *et al.*, 2018).

A dificuldade quanto ao processo de voltar a se relacionar diz a respeito à comunicação com os parceiros sexuais sobre o diagnóstico:

Foi uma adaptação de principalmente de ter que falar pras pessoas que “Ah vamos fazer sem camisinha, por exemplo”, eu não consigo, eu não posso. Então só saía de novo se tivesse tudo bem pra pessoa ou se a pessoa tivesse ainda interesse. Dependendo da devolutiva eu continuava a conversa ou não, mas foi um processo mais demorado, pra eu conseguir sair com outras pessoas novamente foi um processo de mais... de me entender nesse lugar que não era o que me caracterizava, mas que era parte de mim que se... pra mim conhecer outra pessoa eu precisava falar antes de continuar um... uma conversa, sabe?

É preciso falar sobre a condição do HIV para que se possa se relacionar com segurança, uma forma também de defesa em não se expor a situações, como destacado no trecho “*Dependendo da devolutiva eu continuava a conversa ou não*”. Antunes, Camargo e Bousfield (2014) relatam que apesar da disseminação de informações, as pessoas tendem a apresentar atitudes discriminatórias em relação ao contato mais íntimo com a PVHIV. Estes atos discriminatórios estão relacionados diretamente a comportamentos de distância social, consequentes das representações de culpabilidade e estereótipos, o que dificulta a condição social.

A questão do preservativo é outro jogo das relações sexuais que entra em cena, devido ao caráter de negociação do uso de preservativo, o que se relaciona com a questão de confiança e intimidade entre os casais, interferindo no compromisso e satisfação da relação. Por isto, caracteriza-se como uma barreira para seu uso, o que leva à inconsistência com os discursos preventivos dos serviços de saúde (OLIVEIRA

et al., 2019), e a dificuldade de negociação e julgamento pelo parceiro sexual expressos no DSC.

Relacionar-se com outro foi possível por meio da compreensão de um corpo soropositivo, não como identidade, mas como algo que faz parte de si “*pra eu conseguir sair com outras pessoas novamente foi um processo de mais... de me entender nesse lugar que não era o que me caracterizava, mas que era parte de mim*”. Desta maneira, os discursos sobre o HIV, como forma de desconstrução do estigma também produzem efeitos diretos no sujeito para que possa compreender a vivência com o HIV/Aids. O sujeito transmite e acredita nas verdades objetivadas sobre si mesmo, a verdade é produzida pelo outro e presa a própria identidade, de forma fixa e rígida. Transforma-se no outro de si mesmo e assume isto como parte do que é. Cria-se então a noção de sujeito-objeto e enquadramento da subjetividade pela métrica científica a partir da objetificação da verdade do sujeito (VENTURA, 2012).

Seguindo a análise do DSC, observa-se que a forma de se vincular é prejudicada, da qual em um segundo momento é elaborada a partir de uma outra perspectiva:

Eu achei que talvez nunca mais ia acontecer ou se acontecesse iria ser de uma forma casual que não teria vínculo nenhum e tal, mas eu entendi que não. Agora sim eu consigo me relacionar com outras pessoas, é... consigo falar abertamente sobre isso, muito mais aberto do que eu era, porque eu conseguia falar só com as pessoas que eram muito mais próximas a mim.

As relações sexuais são compreendidas como algo que não podem, em primeiro momento, conter a vinculação afetiva, colocada no posto de “casual” para atingir o plano do possível. Isto corrobora com a literatura sobre o tema, uma vez que para Sá e Santos (2018) quando destacam que envolver-se afetivamente pode significar maior necessidade em manejar e compartilhar o diagnóstico de HIV/Aids; isto pode levar à perda do parceiro, tanto pelo adoecimento, como pelos conflitos, mágoas ou ressentimentos que podem estar envolvidos na aquisição do vírus.

Os relacionamentos afetivo-sexuais estáveis são considerados como fonte de proteção para outros tipos de doenças, como diabetes, depressão, doenças cardíacas, mas não apresentam esse mesmo fator para IST, como o HIV/Aids (OLIVEIRA, 2015). Após um momento sem perspectivas e de restringir o diálogo para

com as pessoas mais próximas, os relacionamentos são ressignificados, ocorrendo uma elaboração dos conteúdos que mobilizam a privação, tornando-se possível redirecionar as pulsões sexuais e libido para o amor objetal.

E aí foi um processo de... entender um corpo soropositivo que não precisa da aprovação de ninguém e que se eu quiser ficar com alguém, que seja da forma que eu queira é... falando ou não, mas sempre me protegendo”

A compreensão do corpo soropositivo traz ferramentas importantes para a reflexão da sexualidade e as questões impostas diante da vivência da PVHIV, como voltar a se relacionar sexualmente, a comunicação do diagnóstico a parceiros sexuais e perspectiva do tratamento como forma de prevenção e proteção. Para a teoria lacaniana a sexualidade faz furo no real, isto quer dizer que nenhum sujeito passa ileso as dificuldades inseridas pelo furo (CRUZ; FONTENELLE, 2020).

Sendo a sexualidade tema de dificuldades para o sujeito por si só, o HIV/Aids traz consigo questões de mais desorganização por meio do seu impacto. Isto resulta que mesmo que o sujeito se adapte, não se livre dos embaraços que ela proporciona, como discutido ao longo do DSC. Cada sujeito assim tem que lidar com o que concerne sua falta, isto mediado pelas discussões de gênero e leis que objetivem a organização, assim “buscam estabelecer uma adequação entre anatomia e o que cada um pode dizer de sua própria identidade de gênero sem conseguir, entretanto, resolver os embaraços dos sujeitos com a coisa sexual” (CRUZ; FONTENELLE, 2020, p.8).

Outro fator importante a ser ressaltado neste DSC é a questão do tempo como “um processo de entender um corpo soropositivo”. O tempo para compreensão e adaptação demonstra-se mais uma vez sua importância e sua influência positiva, como um processo subjetivo, assim como discutido no DSC1 sobre a ressignificação da vida a partir da doença e no DSC5, em que se vivencia experiências de preconceito, podendo a partir do tempo lidar com elas por meio da compreensão e adaptação ao diagnóstico.

Medo, privação e diminuição da libido

O presente DSC apresenta-se como o discurso formado por maior número de participantes no eixo temático, representando a vivência diante da sexualidade da maior parte dos entrevistados. Os conteúdos discursivos perpassam sobre como o medo de infectar outras pessoas produz desvios consideráveis na libido e impacto nas relações sexuais destes indivíduos.

“Eu não tenho buscado esse prazer, porque eu tinha um... era insaciável. Hoje graças a Deus, graças a Deus? Nem sei ..., mas hoje eu não tenho essa mesma intenção, pretensão. Primeiro quero me cuidar, pra depois cuidar dos outros, né. E eu não tenho pretensão de um relacionamento por agora, quero tratar minha saúde em primeiro lugar.

Hoje eu não sinto mais graça, sabe? Não faz mais bem pra mim, não vejo mais graça nisso, eu não consigo sentir prazer, esse... aquele prazer que eu tinha antes não consigo. Até porque eu também não fui mais em busca, acho que essa questão de... do desejo, do desejo insaciável, sabe?

No começo eu tive dificuldade de ter relação sexual, eu broxava (risos), porque eu pensava só naquilo, eu falei “cara aí, fizeram cagada comigo, eu não posso fazer com os outros”, como se fosse isso, sabe? Só que conforme o tempo fui entendendo, fui vendo que tem outras maneiras de resolver a situação, foi tudo se encaminhando. só que eu sei lá ... eu tô assim de boa. Não me vejo do lado de ninguém, deitando, abraçando. Não me vejo assim, sinceramente. Eu não tenho vontade, eu não sinto falta. Muito estranho. A minha vontade é ficar só. Eu me curtir eu mesmo. Só. Agora eu não tenho mais tanto interesse (risos), nem em homem, nem em mulher.

E... vou dizer pra você outra coisa (risos) há muitos anos que eu não faço sexo, eu tenho camisinha, eu tenho medo de... infectar outras pessoas, de uma camisinha estourar, ou furar, ou tá... então eu tento né (risos)... eu tenho tentado..., mas faz cinco anos assim que eu não faço sexo.

Eu fico pensando em muita coisa que passei, acho que por isso não tenho mais relacionamento com ninguém. Diminuiu à vontade. Antigamente era diferente, hoje não. Hoje parece que eu fico meio assim... Eu tô assim, um pouco com preocupação, com medo... porque fazer as coisas erradas e passar. Eu acho que é isso.

É não é que eu tenha me isolado, de perder o interesse, sabe? Ai preguiça (risos), é mais pra esse lado, não é tanto de perder interesse, tipo uma vez... sabe? Mas é muito difícil pra mim mesmo ter interesse, mas eu acho que não seja por conta disso, eu acho que é por conta de mais que ah... sei lá... eu acho que já fiz tudo que eu queria (risos)” (P02, P05, P06, P07, P08, P09, P10, P13, P14, P15, P16, P17, P18, P19).

De início pode-se observar a mudança considerável do comportamento sexual, caracterizado anteriormente como insaciável antes de ser infectado pelo vírus. O discurso mostra uma mudança clara de objetivos e uma ambivalência diante da mudança, assim os relacionamentos e relações sexuais ficam em último plano na vida destes sujeitos e o autocuidado assume no discurso status de principal meta:

Eu não tenho buscado esse prazer, porque eu tinha um... era insaciável. Hoje graças a Deus, graças a Deus? Nem sei..., mas hoje eu não tenho essa mesma intenção, pretensão.

A ambivalência clara no discurso como expressa no trecho “*Hoje graças a Deus, graças a Deus? Nem sei..., mas hoje eu não tenho essa mesma intenção, pretensão*”, demonstra o quanto o discurso religioso tem que entrar em cena para repressão da sexualidade. A supressão das pulsões é mecanismo em que a nossa sociedade utiliza para que cada indivíduo possa renunciar uma parte de suas características, relacionado a renúncia do sentimento de onipotência infantil ou ainda a tendência vingativa ou agressiva do ser humano. O erotismo, por sua vez, é fator que leva o sujeito a realizar essa renúncia diante das situações da vida e do avanço progressivo da civilização (FREUD, 1996b).

A religião faz seu papel importante dentro desse processo “cada nova conquista foi sancionada pela religião, cada renúncia do indivíduo à satisfação instintual foi oferecida à divindade como um sacrifício, e foi declarado ‘santo’ o proveito assim obtido pela comunidade” (FREUD, 1996b, p.101). Isto entra em concordância com a ideia foucaultiana do cristianismo demarcando um medidor de oscilações subjetivas, regulando o corpo e o prazer a partir dele (FOUCAULT; SENETTI, 1991).

A supressão das pulsões faz margem com a culpabilidade para abandono das práticas sexuais sem o cuidado e caminha para a perda de prazer e da vontade de realizar os comportamentos sexuais anteriores:

Hoje eu não sinto mais graça, sabe? Não faz mais bem pra mim, não vejo mais graça nisso, eu não consigo sentir prazer, esse... aquele prazer que eu tinha antes não consigo.

Segundo Freud (1988) a restrição da atividade sexual da sociedade apresenta como resposta a intensificação de afetos como medo da morte e da ansiedade diante da vida, isto atrapalha a capacidade do sujeito em sentir prazer e de encarar a morte como uma causa, como ainda podemos observar na continuidade do discurso.

A relação sexual é boicotada pelo próprio corpo por pensar “só naquilo”: a transmissão do vírus para outra pessoa. Carregar a responsabilidade de transmitir ao outro não apenas o vírus, mas o impacto e restrições que viver com HIV ocasiona nos campos da vida. A consciência moral é de início a materialização da crítica dos pais, posteriormente da sociedade, ação repetida diante de uma interdição externa, surgindo a tendência a repressão. Isto cria ao sujeito um coro de vozes da multidão na evolução da consciência moral e se multiplica de forma regressiva (FREUD, 2010b).

No começo eu tive dificuldade de ter relação sexual, eu broxava (risos), porque eu pensava só naquilo, eu falei “cara aí, fizeram cagada comigo, eu não posso fazer com os outros”, como se fosse isso, sabe? Não me vejo do lado de ninguém, deitando, abraçando. Eu não tenho vontade, eu não sinto falta. A minha vontade é ficar só. Eu me curtir eu mesmo. Agora eu não tenho mais tanto interesse (risos), nem em homem, nem em mulher.

Para Souto *et al.* (2012) em sua pesquisa afirma que as PVHIV não perderam o desejo sexual, entretanto não conseguiram mobilizar enfrentamento diante da angústia colocada pelos significados atribuídos pela infecção. A consequência disso é a submissão ao sofrimento e formação de uma tensão em relação a posição sexuada, assim se tornam “sexualmente sequelados e cronicamente derrotados e

infelizes no âmbito da vida sexual. A única possibilidade que encontraram foi a abstinência que, em alguns casos, materializou-se na forma de impotência ou frigidez” (SOUTO *et al.*, 2012, p. 380).

A solidão é outro fator importante, também encontrada como opção pelos sujeitos no DSC3, exposta no trecho “*A minha vontade é ficar só. Eu me curtir eu mesmo*”, apresenta-se como saída e defesa o direcionamento ao narcisismo, encobertas pelo discurso de amor-próprio. Patrício *et al.* (2019), discorre em seu estudo que a solidão e outros sentimentos negativos são resultados da autoestima prejudicada da PVHIV, estes são fatores devem ser considerados importantes já que foram correlacionados a tentativas de suicídio.

Em a “Introdução ao narcisismo, de 1914, Freud discute sobre a capacidade dos impulsos pulsionais da libido sofrerem uma repressão patogênica devido ao conflito moral e cultural de cada sujeito. A compreensão intelectual dessa ideia não acontece da forma que pensamos, mas produz efeitos no indivíduo, que o reconhece como determinantes para si próprio e se submete as suas exigências (FREUD, 2010c).

Portanto podemos dizer que os participantes entrevistados demonstraram o exercício de uma forte repressão do campo sexual em relação a vivência do HIV/Aids, essa repressão é resposta do Eu, ou do autorrespeito do Eu (FREUD, 2010c). Isto se deve devido a “um ideal dentro de si, pelo qual mede seu Eu atual, enquanto à outra falta essa formação de ideal. Para o Eu, a formação do ideal seria a condição para a repressão” (FREUD, 2010c, p. 40).

E... vou dizer pra você outra coisa (risos) há muitos anos que eu não faço sexo, eu tenho camisinha, eu tenho medo de... infectar outras pessoas, de uma camisinha estourar, ou furar.

O medo de contaminar terceiros, interferindo no campo da sexualidade pode ser evidenciado no DSC3 e DSC7, o que ratifica o quanto é intenso esse sentimento na vivência do HIV/Aids. O DSC caminha com o encontrado na literatura, em que diante dos sentimentos de medo, angústia e tristeza associados ao estigma, preconceito e discriminação a PVHIV tem sua vivência no campo da sexualidade prejudicada, o que leva a uma diminuição com o passar do tempo da frequência de relacionamentos. Lidar com o medo da transmissão está ligado diretamente com a

diminuição da libido nestes indivíduos, diminuição da frequência, ou mesmo a escolha da abstinência sexual (SÁ; SANTOS, 2018).

Para a psicanálise a sexualidade é sempre traumática partindo do desenvolvimento infantil e trauma sexual na infância. Isto não significa que tenha ocorrido realmente um trauma externo sexual, mas que a sexualidade em sua estrutura é por si só traumática, independente dos acontecimentos históricos de cada sujeito, o que na teoria lacaniana é denominada como trauma como contingência (JORGE, 2018). A sexualidade é estrutura como linguagem, as palavras refletem no corpo e gera efeitos, “esburacam esse corpo, criando a caixa de ressonância que não é nada mais que um vazio que permitirá, mediante suas bordas, que a palavra continue tendo efeitos de ressonância no corpo” (OLIVA, 2015, p.82).

Eu fico pensando em muita coisa que passei, acho que por isso não tenho mais relacionamento com ninguém. Diminuiu à vontade. Antigamente era diferente, hoje não. Eu tô assim, um pouco com preocupação, com medo... porque fazer as coisas erradas e passar.

Oliveira *et al.* (2019) em seu estudo conclui que a revelação da condição soropositiva ao parceiro envolve sentimentos de medo da discriminação e estigmatização, ou ainda de reações negativas. Este impacto inicial amplia a pressão das relações em termos de ansiedade, o que envolve uma grande quantidade de sofrimento psíquico, culpa e medo de transmissão, o resultado é uma exaustão emocional em lidar com estas situações. Isto pode ser associado ao DSC, considerando a “preguiça” e “perda de interesse” nas relações. Sá e Santos em sua pesquisa complementam que “o medo de transmitir o vírus e o sentimento de menos-valia, consequência de uma baixa autoestima e de um menosprezo pelo parceiro, parecem ser dificuldades comuns encontradas nos relacionamentos posteriores ao diagnóstico de HIV” (SÁ; SANTOS, 2018, p. 780).

É não é que eu tenha me isolado, de perder o interesse, sabe? Ai preguiça (risos), é mais pra esse lado, não é tanto de perder interesse, tipo uma vez... sabe? Mas é muito difícil pra mim mesmo ter interesse, mas eu acho que não seja por conta disso, eu acho que é por conta de mais que ah... sei lá... eu acho que já fiz tudo que eu queria (risos)”

Estudos no campo da sexualidade e HIV ainda demonstram que a “sexualidade se submeteu à representação do estigma e tornou-se introspectiva, assim como a prática sexual se estabeleceu autoerótica” (SOUTO *et al.*, 2012, p. 380). Podemos acompanhar este movimento ao longo do DSC, o caminho de repressão pelas questões morais da civilização e o impacto de se apresentar como soropositivo e ter relações sorodiscordantes, encoberto pelo discurso “*eu acho que já fiz tudo que eu queria*” como justificativa da perda do desejo sexual. Estas dificuldades incorporadas na vivência do HIV levam a diminuição da importância da sexualidade, ou seja, a diminuição do interesse pela vida afetiva e sexual (SÁ; SANTOS, 2018) acentuados em outros estudos que corroboraram com os resultados da pesquisa atual.

Dispensabilidade do sexo e busca de novos caminhos para viver a vida

A seguir o DSC explora uma outra vertente dos caminhos da pulsão, sendo o sexo julgado como menos importante, a partir disto escolhe outros meios em encontrar a satisfação na vida, outros caminhos percorridos para a libido, partindo do Eu, dessa retração inicial ao narcisismo de volta ao campo do objeto:

“Logo no começo eu não sentia vontade nenhuma de comer, perdi a vontade totalmente. Antes comia muito, agora que tá voltando ao normal, agora eu tô comendo de tudo, mas logo no começo quase não comia. A médica me passou aquele negócio, como chama aquele negócio que chama de caixa pra ajudar a comer e ficar mais forte? Então como antes e daí depois eu tomo, senão atrapalha completamente o meu organismo, mas eu sentia bastante fome sim, tanto que eu ganhei peso e bastante peso até por causa da ansiedade. Mas comia, comia toda a hora, mas foi... foram nesse período meu obscuro mesmo que eu não me via bonito, não me via atraente...(pausa) foi nesse período mais...”

Teve uma época que eu passei a beber bastante, acho que foi essa época, pra... como se fosse assim um momento de fuga, né... pra... teve um momento que sim. Só que daí eu fui ver né, tinha coisa que não tava certa, que eu tava bebendo tipo assim, tinha semana que tava bebendo todo dia, aí eu falei cara, não é saudável

né. Não posso fazer isso (risos). Por exemplo eu pensei assim comigo, cara eu tô tomando remédio, imagina ter que ficar fazendo hemodiálise (risos),

Só que também eu tenho esse lado assim, hoje eu não fumo, eu não bebo, hoje por exemplo eu faço é... eu pedalo né... eu pedalei tipo final de semana 30, 40. 50 quilometro. Eu tenho uma... uma assim... uma atividade física, né. Até pra ajudar nesse outro lado e provar pra mim que eu tô bem, sabe. Tipo assim, eu ando 50 quilometro, aí quando eu paro eu penso assim graças a Deus eu tô bem. Então... eu quero provar pra mim mesmo que tô bem, é uma luta... a luta interna minha. Eu penso assim o dia que eu não aguentar mais dar uma pedalada de 30, subir morro e fazer aquilo eu mesmo assim vou falar... puxa vida, eu tô mal... eu cheguei um ponto que, sabe que... isso até pra mim é justificativa né.

Porque assim... você... Você tem que se manter no.... bom eu gosto bastante de futebol. Então você vai jogar. Aí passaria o final de semana. Aí eu procuro trabalho e outros lugares. Às vezes saio com um amigo, as vezes sai com outro, churrasco na casa do outro.

Então assim, eu não procuro sair para mim achar uma companheira. Procuro sair para tentar me distrair, gosto de pescar no final de semana. Então eu não fico aquele final de semana inteira sem ser eu vou procurar alguém para ficar. Não! Não tem isso na cabeça. A gente tenta se diversificar na verdade, fazer o que gosta, porque para você não ficar preocupado só com isso, só com o relacionamento” (P05, P06, P08, P09, P10, P14, P16, P19)

A vontade de comer apresenta-se como o primeiro aspecto em que a libido apresenta alterações e oscilações diante da vivência soroadaptativa. Diante da repressão sexual, encontramos o reforço e atuação da pulsão oral como fator importante no campo da sexualidade.

“Logo no começo eu não sentia vontade nenhuma de comer, perdi a vontade totalmente. Antes comia muito, agora que tá voltando ao normal, agora eu tô comendo de tudo, mas logo no começo quase não comia. A médica me passou aquele negócio, como chama aquele negócio que chama de caixa pra ajudar a comer e ficar mais forte? Então como antes e daí depois eu tomo, senão atrapalha completamente o meu organismo, mas eu sentia bastante fome sim, tanto que eu ganhei peso e bastante peso até por causa da ansiedade. Mas comia, comia toda a hora, mas foi... foram

nesse período meu obscuro mesmo que eu não me via uma pessoa bonita, não me via atraente...(pausa) foi nesse período mais...

Assim, acontece a inibição da fome, que pode também ser atribuída aos efeitos colaterais do tratamento (TARV). Esta inibição quando medicada, direciona-se para uma compulsão e ganho de peso devido a ansiedade. As consequências desta fixação oral são sentidas diretamente na autoimagem e autoestima, em não conseguir se ver como “uma pessoa bonita e atraente”. Algumas alterações advindas da TARV possibilitam vários distúrbios metabólicos, de acordo com Souza *et al.* (2019, p.1368) “apesar de aumentar a qualidade de vida e a sobrevida dos pacientes, a TARV pode induzir, entre outras consequências, a síndrome lipodistrófica, a qual se refere a uma complicação metabólica da perda de gordura, ganho de gordura ou uma combinação dessas condições”. Outros estudos afirmam que os sintomas mais comuns como reativos do tratamento são: perda de apetite, constipação, tosse, rinite, insônia, libido e diminuição do nível de hemoglobina (MOURA *et al.*, 2021).

Após balizado os efeitos colaterais do próprio tratamento o sujeito se depara com a fome e ansiedade constantes, refletidas posteriormente na autoimagem e autoestima das PVHIV. Em frente a uma sociedade que cultua o consumo, os sujeitos estão submetidos a ideais de beleza, saúde e bem-estar, sendo a obesidade característica que coloca o sujeito frente a uma inadequação social. O corpo magro colocado como ideal torna-se inatingível, reforça o imperativo superegóico, que por sua vez coloca o sujeito novamente na lógica da compulsão por comer devido ao sentimento de frustração que decorrem desta inadequação social (SEIXAS, 2019)’.

A pulsão oral, toma lugar também a pulsão de morte, no caminho em “beber como fuga” e “todo dia”. A pulsão de morte tende a ser conservadora e restitutiva de um estado anterior e repetitiva, características encontradas em toda pulsão (JORGE, 2018).

Teve uma época que eu passei a beber bastante, acho que foi essa época, pra... como se fosse assim um momento de fuga, né. Eu tava bebendo tipo assim, tinha semana que tava bebendo todo dia, aí eu falei cara, não é saudável né. Por exemplo eu pensei assim comigo, cara eu tô tomando remédio, imagina ter que ficar fazendo hemodiálise (risos),

A pulsão de morte apresenta uma função regressiva e conservadora, isto pode ocasionar consequências destrutivas de maneiras silenciosas (PRATA, 2000), essa por sua vez coloca em cena a compulsão à repetição, é por meio desse dispositivo que repetimos as transferências, os sintomas, o gozo, e experiências que não se apresentam como fonte prazerosa, ou de felicidade, mas por outro lado satisfaz a um circuito pulsional estabelecido por cada um. Para Postigo (2010) a adicção produz uma dupla deturpação da lógica das pulsões, isto é, gera uma fixação acentuada a um objeto como única fonte de satisfação encontrada, sendo o desejo revertido para necessidade, o objeto cria status de senhor da pulsão.

As formações inconscientes nos sujeitos neuróticos que realizam o uso abusivo de álcool, em grande parte se apresentam ausentes. Assim, mostram-se sujeitos que nada querem saber da sua divisão subjetiva, o que produz como consequências o distanciamento da realidade, família, participação social e trabalho, criando uma ilusão de satisfação pelo consumo, e falsa sensação de felicidade e completude (MENDONÇA, 2012).

A ideia de “fuga” e comportamentos de compulsão desencadeados pela situação de ser infectado perdem força diante da exposição do corpo a mais uma doença *“cara eu tô tomando remédio, imagina ter que ficar fazendo hemodiálise”*.

Diante do medo em vivenciar no corpo outra doença, o medo de mais um furo do real com dificuldades de simbolização, os sujeitos adquirem outras formas de vivenciar a doença e sexualidade:

... Só que também eu tenho esse lado assim, hoje eu não fumo, eu não bebo, hoje por exemplo eu faço é... eu pedalo né... eu pedalei tipo final de semana 30, 40. 50 quilometro. Então... eu quero provar pra mim mesmo que tô bem, é uma luta... a luta interna minha.

A pulsão aqui percorre outro caminho: a sublimação. Para Freud (2010, p.40) “a sublimação é um processo atinente à libido objetual e consiste em que o instinto se lança a outra meta, distante da satisfação sexual; a ênfase recai no afastamento ante o que é sexual”, dessa maneira a sublimação mostra-se como maneira para o cumprimento das exigências sem que haja a repressão (FREUD, 2010).

A atividade física é incorporada de modo a encontrar um prazer, uma satisfação, mas também como forma de mostrar para si mesmo uma prova de sua

saúde, diante do medo do declínio pela doença. A sublimação pode assumir caráter de modificações possíveis na realidade, tendo em vista a castração em paralelo ao desejo. Assume ainda dimensão de algo novo e transformador (MENDES, 2011).

Outras fontes de prazer são priorizadas e hierarquizadas, como será discutido nos trechos a seguir, como: a atividade física, pedalar, jogar futebol; as relações sociais, busca de convivência com amigos, trabalho e buscar realizar o que gosta:

... bom eu gosto bastante de futebol. Então você vai jogar. Aí passaria o final de semana. Aí eu procuro trabalho e outros lugares. Às vezes saio com um amigo, as vezes sai com outro, churrasco na casa do outro.

Este deslocamento da energia para outros campos da vida também é evidenciado por Sá e Santos (2018) em seus estudos. Diante da cronicidade da patologia há mudanças no campo social e pessoal, tornando-se necessário mudanças no estilo de vida no que refere a adaptação ao tratamento.

O dicionário de psicanálise define sublimação como “um tipo particular de atividade humana que não tem nenhuma relação aparente com a sexualidade, mas que extrai sua força da pulsão sexual, na medida em que essa se desloca para um alvo não sexual, investindo objetos socialmente valorizados” (ROUDINESCO, 1998, p.734). Do ponto de vista lacaniano a sublimação atinge estatuto de mecanismo que eleva o objeto a dignidade da Coisa. A Coisa (das Ding) é objeto perdido de uma satisfação mítica (MENDES, 2011). Assim, “por trás de todo objeto sexual se esconde o vazio da Coisa, vazio esse inerente à própria estrutura da sexualidade humana” (MENDES, 2011, p. 62).

Então assim, eu não procuro sair para achar uma companheira. Procuo sair para tentar me distrair, gosto de pescar no final de semana. Então eu não fico aquele final de semana inteira sem ser eu vou procurar alguém para ficar. Não tem isso na cabeça. A gente tenta se diversificar na verdade, fazer o que gosta, porque para você não ficar preocupado só com isso, só com o relacionamento.

A sublimação assim percorre dois caminhos, sendo o primeiro como defesa do sexual e o segundo que considera o aspecto da criação (MENDES, 2011). Encontramos no DSC o primeiro caminho, a sublimação como defesa do sexual, como pode ser evidenciado no trecho acima, onde as relações amorosas e sexuais são

negadas e pontuadas como menos importantes do que as outras atividades de lazer dessexualizadas.

O HIV eleva o sexo na concepção dos indivíduos como algo anormal, perigoso de difícil compreensão, o que acarreta diretamente na vida sexual, levando a reflexão e produção de novos sentidos sobre sexo e sexualidade, assim como, a redefinição dos próprios perfis a partir dos significados e representações impostos à infecção (SOUTO *et al.*, 2012).

6 CONCLUSÕES

Por meio dos DSCs foi possível a compreensão da maneira como as PVHIV reorganizaram-se no campo da sexualidade. Pode-se compreender formas diferentes em lidar e se adaptar com a doença, e conclui-se que não existe uma única forma, um tempo específico, sendo esse processo ancorado em aspectos de medo, solidão, depressão, angústia, esperança, resignificação e novos sentidos adquiridos.

O estudo ainda apresentou fragilidades no que diz respeito à pouca exploração dos fatores de proteção e apoio social/familiar em que as pessoas que vivem com HIV/Aids se utilizam. Apesar de ser destacados em alguns trechos, não houve uma discussão mais ampla destes aspectos, concentrando-se em outras questões que ficaram mais evidentes como o estigma e suas interferências no campo subjetivo, social e da sexualidade.

Os resultados e discussão dessa pesquisa abrangeram muitos aspectos discutidos separadamente na literatura, produzindo um acervo amplo sobre a sexualidade e os modos de enfrentamento dos sujeitos soropositivos.

Conclui-se que não existe um modo apenas em reorganizar o campo da sexualidade, considerando que cada sujeito dispõe de recursos intrínsecos e extrínsecos diferentes podendo levar ou não a aceitação da doença e manejo das dificuldades em viver com o HIV/Aids. No entanto, é correto afirmar que os estigmas enraizados à doença atingem e influenciam todos os sujeitos, tendo que lidar primeiro com a desconstrução do autopreconceito para partir para formas de enfrentamento.

O traumático da sexualidade associado ao estigma social de culpabilidade e julgamento moral afetam a pessoa com HIV/Aids. O trabalho demonstrou a importância do acesso à informação e compreensão do funcionamento da doença como mecanismos importantes de enfrentamento, adesão ao tratamento, aumento da qualidade de vida e desconstrução do estigma.

A psicologia, a psicanálise e a compreensão dos fenômenos do HIV/Aids podem auxiliar para o desenvolvimento de políticas públicas, ações preventivas e de promoção em saúde, assim como na manutenção da saúde mental de PVHIV, viabilizando a elaboração e desconstrução dos sentimentos negativos, o que pode favorecer e diminuir as dificuldades em viver com HIV/Aids. A considerar que as maiores dificuldades estão localizadas no campo subjetivo influenciado pelos significados sociais da doença.

REFERÊNCIAS

- ACADROLI, R. A. R. S.; SILVA, M. A. da. Conflitos e sentimentos familiares no conviver com o paciente portador de HIV/AIDS. **Estudos**: Goiânia, v. 41, p. 101-112, 2014. Disponível em: <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/viewFile/3811/2175>. Acesso em: 06 jun. 2022.
- ALMEIDA, A. I. S.; RIBEIRO, J. M.; BASTOS, F. I. Análise da política nacional de DST/Aids sob a perspectiva do modelo de coalizões de defesa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 837-848, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.45862020>. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/analise-da-politica-nacional-de-dstaid-sob-a-perspectiva-do-modelo-de-coalizo-es-de-defesa/17907?id=17907>. Acesso em: 20 jun. 2022.
- ALMEIDA, M. R. C. B. de.; LABRONICI, L. M. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n. 1, p. 263-274, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000100030>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QSrNhTyZSkY87MjMSSNHprb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 jun. 2022.
- ANTUNES, C. M. C.; ROSA, A. S.; BRÊTAS, A. C. P. Da doença estigmatizante à resignificação de viver em situação de rua. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 1–10, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v18.33141>. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/33141>. Acesso em: 3. jun. 2022
- ANTUNES, L.; CAMARGO, B. V.; BOUSFIELD, A. B. S. Representações sociais e estereótipos sobre Aids e pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Psicologia, teoria e prática**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 43-57, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v16n3p43-57>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000300004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 jul. 2022.
- ARAÚJO, L. F. de.; BARROS NETO, R. N. S.; NEGREIROS, F.; PEREIRA, T. G. Comportamentos sexuais, Resiliência e Conhecimento sobre HIV/AIDS: Uma análise psicossocial. **Estudo, pesquisa e psicologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 127-148, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812018000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 jul. 2022.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.
- AVILA, L. A. O corpo, a subjetividade e a psicossomática. **Tempo psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 1, p. 51-69, jun. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382012000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 jul. 2022.

BARBOSA, M. R.; MATOS, P. M.; COSTA, M. E. Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. **Psicologia & Sociedade**, Porto, v. 23, n. 01, p. 24-34, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/WstTrSKFNy7tzvSyMpqrWjz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 07 abr. 2022.

BASTOS, F. I. **Aids na terceira década**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BENIA, R. G. M.; CELES, L. A. M.; CHATELARD, D. S. O afeto "angústia" em Freud e em Lacan: discussões para a clínica psicanalítica atual. **Caderno de psicanálise**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 34, p. 47-59, jun. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952016000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 jun. 2022.

BIRMAN, J. Arquivo da agressividade em psicanálise. **Natureza humana**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 357-379, dez. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302006000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 jun. 2022.

BONOLO, P. F.; GOMES, R. R. F. M.; GUIMARÃES, M. D. C. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 4, p. 261-278, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742007000400005>. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v16n4/v16n4a05.pdf>. Acesso em: 3. jan. 2020.

BRASIL, Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 169, 20 set. 1990a.

BRASIL, Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 169, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. HIV/Aids I 2019. **Boletim Epidemiológico de HIV e Aids**. Brasília, DF: Secretária de Vigilância em Saúde dez., 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. HIV/Aids I 2021. **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids**. Brasília: DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, dez. 2021.

CAIXETA, C. R. C. B.; MORRAYE, M. A.; VILLELA, W. V.; ROCHA, S. M. M. Social support for people living with Aids. **Revista de enfermagem UFPE**, v. 05, n. 08, p.1920-1930, 2011. DOI: 10.5205/reuol.1262-12560-1-LE.0508201115. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/6879/6128>. Acesso em: 20 jun. 2022.

CAMPIÃO, W; LEITE, L. H. M; VAZ, E. M. Autopercepção da imagem corporal entre indivíduos portadores do vírus de imunodeficiência humana (HIV). **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 25, n. 3, p. 2-5, 2009. Disponível em: <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2016/12/01-Autopercep%C3%A7%C3%A3o-da-imagem-corporal-entre-indiv%C3%ADduos-portadores-do-HIV.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2022.

CAPANEMA, C. A.; VORCARO, Â. M. R. A condição do ser falante no nó borromeano. **Estilos clínicos**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 388-405, ago. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v22i2p388-405>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282017000200011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 jun. 2022.

CARVALHO, R. A.; SOUZA, D. C. de. A autoestima da pessoa que vive com HIV: uma revisão integrativa da literatura. **Cadernos de Gênero e Tecnologia**, Curitiba, v. 14, n. 43, p. 278-299, jan./jun. 2021. DOI: 10.3895/cgt.v14n43.12078. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/cgt/article/view/12078>. Acesso em: 05 maio 2022.

CASTELLANI, M. M. X.; MORETTO, M. L.T. A experiência da revelação diagnóstica de HIV: o discurso dos profissionais de saúde e a escuta do psicanalista. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 24-43, dez. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2022.

CASTRIGHINI, C. C.; REIS, R. K.; NEVES, L. A. S.; BRUNINI, S.; CANINI, S. R. M. S.; GIR, E. Avaliação da autoestima em pessoas vivendo com HIV/aids no município de Ribeirão Preto-SP. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 04, p. 1049-1055, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/YRfDvHCt4Zm4MgqrVcWBX3z/?lang=pt>. Acesso em: 6 jul. 2022.

CATÃO, A. M. L. A Noção de sexualidade em Freud e Lacan: dessemelhanças. **Revista Espaço Livre**, v. 12, n. 24, p. 87-102, 2017.

CAZEIRO, F.; SILVA, G. S. N. da; SOUZA, E. M. F. de. Necropolitics in the field of hiv: Some reflections from the stigma of aids. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, p. 5361–5370, 2021. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/en/articles/necropolitics-in-the-field-of-hiv-some-reflectionsthe-stigma-of-aids/17560?id=17560>. Acesso em: 15 abr. 2022.

COTA, V. L.; CRUZ, M. M. DA. Barreiras de acesso para Homens que fazem Sexo com Homens à testagem e tratamento do HIV no município de Curitiba (PR) TT. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 129, p. 393–405, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042021000200393&lang=pt. Acesso em: 23 fev. 2022.

CRUZ, S. V. O.; FONTENELLE, A. S. Sexualidade, Corpo e Psicanálise. **Revista Subjetividades**, v. 20, n. 03, p. 01-11, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v20i3.e8756>. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/e8756>. Acesso em: 08 jul. 2022.

DUNKER, C. I. L. Formas de apresentação do sofrimento psíquico: alguns tipos clínicos no Brasil contemporâneo. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 4, n. 1, p. 94-111, mar. 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482004000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 jul. 2022.

DUNKER, C. **Uma biografia da depressão**. São Paulo: Planeta, 2021.

EIGUER, A. O estigma e o ódio contra si mesmo. **Revista brasileira de psicanálise**, São Paulo, v. 53, n. 1, p. 19-31, mar. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2019000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 26 jun. 2022.

FONSECA, L. K. S.; SANTOS, J. V. O.; ARAÚJO, L. F. de; SAMPAIO, A. V. F. C. Análise da estigmatização no contexto do HIV/AIDS: Concepções de Pessoas que Vivem com HIV/AIDS. **Gerais, Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v.13, n. 2, p. 1-15, ago. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.36298/gerais202013e14757>. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202020000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 22 jun. 2022.

FORESTO, J. S.; MELO, E. S.; COSTA, C. R. B.; ANTONINI, M.; GIR, E.; REIS, R. K. Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 01, p. 01-07, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.63158>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/PfjVkkK8SYgXHXdmxRL4GgB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2022.

FOUCAULT, M.; SENETT, R. Sexuality and solitude. **London Review of Books**, v. 3, n. 9, May 1981. Disponível em: <https://www.lrb.co.uk/the-paper/v03/n09/michel-foucault/sexuality-and-solitude>. Acesso em: 15. jan. 2020.

FOUCAULT, M. **A história da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 2012.

FREUD, S. "De guerra y muerte. Temas de actualidad". In: FREUD, S. **Obras completas: Sigmund Freud**. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1988. p. 273-304. v. 14.

FREUD, S. Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna. In: FREUD, S. **Gradiva de Jensen e outros trabalhos**. Imago: Rio de Janeiro, 1996b.

FREUD, S. **Além do princípio de prazer (1856-1939)**. 1. ed. L&PM: Porto Alegre, 2016.

FREUD, S. Psicanálise Silvestre. In: FREUD, S. **Cinco lições de psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos (1910)**. Imago, 1996a.

FREUD, S. Introdução ao narcisismo (1914). In: FREUD, S. **Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)**. Companhia das letras, 2010c, p. 13-50.

FREUD, S. Inibição, sintoma e angústia (1926). In: FREUD, S. **Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos**. Companhia das letras, 2010d, p.14-123.

FREUD, S. O futuro de uma ilusão. *In*: FREUD, S. **Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos**. Companhia das letras, 2010f, p. 231-301.

FREUD, S. Os instintos e seus destinos (1915). *In*: FREUD, S. **Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)**. Companhia das letras, 2010b, p. 51-81.

FREUD, S. O Mal-Estar na civilização (1930). *In*: FREUD, S. **O Mal-Estar na civilização, novas conferências introdutórias à Psicanálise e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010e, p.13-123.

FREUD, S. Sobre a transitoriedade. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Edição standard brasileira, Rio de Janeiro: Imago, 1996c.

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). *In*: FREUD, S. **Três ensaios sobre a sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (o caso Dora) e outros textos**. Companhia das letras, 2010a, p. 14-154.

FREITAS, J. G. de.; GALVÃO, M. T. G.; ARAÚJO, M. F. M.; COSTA, E.; LIMA, I. C. V de. Enfrentamentos experienciados por homens que vivem com HIV/Aids no ambiente de trabalho. **Revista escola de Enfermagem**, v. 46, n. 06, p. 720-726, 2012. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/ZMPy4YHzkVmxkmtmC68jt8F/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 21 jun. 2022.

GARCEZ, M. M.; COHEN, R. H. P. Ponderações sobre o tempo em psicanálise e suas relações com a atualidade. **Psicologia revista**, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, p. 348-362, dez. 2011. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682011000300002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 jun. 2022.

GELLIS, A.; HAMUD, M. I. L. Sentimento de culpa na obra freudiana: universal e inconsciente. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 22, n. 03, p. 635-653, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642011005000020>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/pusp/a/ZWDxQkLTpwyfVBdGQcQgH3q/?lang=pt>. Acesso em: 27 jun. 2022.

GÓIS, A. R. S.; BRANDÃO, B. M. G. M.; OLIVEIRA, R. C. de; COSTA, S. F. G. da; OLIVEIRA, D. C. de; ABRÃO, F. M. S. Morte/morrer de pessoas com HIV: o olhar da enfermagem. **Revista de enfermagem UFPE**, v.12, n. 12, p. 3337-3343, dez., 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a236255p3337-3343-2018>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/236255/30795>. Acesso em: 26 jun. 2022.

GOMES, D. R. G; PRÓCHNO, C. C. S. C. O corpo doente, o hospital e a psicanálise: desdobramentos contemporâneos? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 03, p. 780-791, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015134338> . Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/8KjQFtg6T9MT9kRnVpN6JDd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2022.

GOMES, M. P.; BARBOSA, D.; GOMES, A. M. T.; SILVA, G. da.; SOUZA, F. A. de.; SILVA, A. L. B. e. A vivência do preconceito após a revelação da soropositividade para o HIV. **Revista Rede cuidado e Saúde**, v. 15, n. 01, p. 47-56, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1282399#:~:text=Os%20resultados%20mostram%20complexo%20cen%C3%A1rio,r eprogramem%20para%20enfrentar%20desafios%20di%C3%A1rios>. Acesso em: 29 jun. 2022.

GONÇALVES, D. S. O sentimento de culpa em Freud: entre a angústia e o desejo **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 278-291, jan. 2019. DOI: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2019v25n1p278-291>. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/11583>. Acesso em: 26 jun. 2022.

GONÇALVES, M. O. Morte e castração: um estudo psicanalítico sobre a doença terminal infantil. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 21, n. 01, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932001000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/TFdQybmF6SyTfKh5F7wLDQ/?lang=pt#>. Acesso em: 03 jul. 2022.

HERZOG, R. Do preconceito à intolerância: quando se rouba a humanidade do outro. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-44142019003002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/agora/a/yYqK4LFjY9qSvRWFQbZZdtd/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2022.

HIPOLITO, R. L.; OLIVEIRA, D. C. de; COSTA, T. L. da; MARQUES, S. C.; PEREIRA, E. R.; GOMES, A. M. T. Qualidade de vida de pessoas convivendo com HIV/aids: relação temporal, sociodemográfica e perceptiva da saúde. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 25, p. 02-10, 2017. DOI: 10.1590/1518-8345.1258.2874. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/TjDqBC9QxtgbcFHHdTh3FxF/?lang=es>. Acesso em: 23 jun. 2022.

JESUS, G. J. de; OLIVEIRA, L. B. de; CALIARI, J. de S; QUEIROZ, A. A. F. L; GIR, E; REIS, R. K. Dificuldades do viver com HIV/aids: entraves na qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 03, p. 301-307, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700046>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/qcqrCzQgdz8tZXF3DBk7ss/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 jun. 2022.

JORGE, M. A. C. **Fundamentos da psicanálise de Freud e Lacan: as bases conceituais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2018.

JUNGK, I. Fundamentos categoriais do Tempo Lógico lacaniano. **Eikon Journal on Semiotics and Culture**, n. 4, p. 69-76, 2018. DOI: 10.20287/eikon-n04-a08 05 05 2018. Disponível em: <http://ojs.labcom-ifp.ubi.pt/index.php/eikon/article/view/429>. Acesso em: 17 jun. 2022.

KEPLER, P. A. Identidade: singularidade: conceitos presentes na arte. **Revista Poiésis**, n.26, p. 207-220, 2015. Disponível em: <http://www.poesis.uff.br/p26/p26-6-artigos-5-paula-kepler.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2022.

LACAN, J. A sexualidade nos desfiles do significante. *In*: LACAN, J. **O Seminário, Livro, 11, Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1988. p. 135-146.

LACAN, J. A desmontagem da Pulsão. *In*: LACAN, J. **Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar. 2008a, p. 159-170.

LACAN, J. A pulsão parcial e seu circuito. *In*: LACAN, J. **Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar. 2008b, p. 171-182.

LACAN, J. **O Seminário: os escritos técnicos de Freud**. 2 Edição ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

LAZZAROTTO, A. R.; DERESZ, L. F.; SPRINZ, E. HIV/AIDS e treinamento concorrente: A revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 16, n. 2, p. 149–154, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1517-86922010000200015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbme/a/3pdCzXhswRB6gbdYG6K9Ryh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2021.

LEANDRO, M.; COUTO, D. P. do; LANNA, M. dos A. L. e. Da realidade psíquica ao laço social: a função de mediação do conceito de fantasia. **Caderno de psicanálise**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 28, p. 27-48, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952013000100002&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 24 jun. 2022.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. 2. ed. Caxias do Sul: Educs, 2005.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Discurso do Sujeito Coletivo: Representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 502–507, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/wMKm98rhDgn7zsfvxnCqRvF/?lang=en>. Acesso em: 04 jun. 2020.

LEITE, K. L. C. O que fez da Aids a peste atemorizante do século XX? Uma análise das implicações simbólicas. **RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 14, n. 41, p. 159-169, ago. 2015. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/LeiteKelma%20Art.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2020.

LIBERMANN, Z. Tempo, memória e ressignificação. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v. 15, n. 03, p. 83-90, 2014. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v15n3a09.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2022.

LIMA, N. L. de; ARAÚJO, R. S. de; SOUZA, E. P. de; DIAS, A. F. G; BARBOSA, C. A; ALVES, R. G. S; NIHARI, K. M; MARCHI, N. S. B. Psicanálise e Educação: um tratamento possível para as queixas escolares. **Educação & Realidade**, v. 40, n. 4, p. 1103-1125, 2015. DOI: 10.1590/2175-623645088. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edreal/a/4s3prJjK5LzjXFJZZJ3R44N/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 jun. 2022.

MACIEL, K. L.; MILBRATCH, V. M; GABATZ, R. I. B; FREITAG, V. L; SILVA, M. S. da; SANTOS, B. A. dos. HIV/AIDS: um olhar sobre as percepções de quem vive com o diagnóstico. **Revista Cuidarte**, v. 10, n. 3, 2019. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.638>. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000300201. Acesso em: 20 jun. 2022.

MARANHAO, B. C. C. de A.; ROCHA, G. M. Afeto, saber, virtude: os afetos em Lacan e a gaia ciência. **Estudos em psicanálise**, Belo Horizonte, n. 55, p. 171-180, jun. 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372021000100016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 jun. 2022.

MEDEIROS, A. A.; CALAZANS, R. A depressão em Freud: uma análise do conceito a partir da teoria freudiana. **Tempo psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 1, p. 108-125, jun. 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010148382021000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 jun. 2022.

MENDES, E. R. P. Pulsão e Sublimação: a trajetória do conceito, possibilidades e limites. **Reverso**, ano 33, n. 62, p. 55 – 68, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/reverso/v33n62/v33n62a07.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2022.

MENDONÇA, J. R. da S. A droga como um recurso ao mal-estar na civilização. **Psicologia em Revista**, v. 17, n. 2, p. 240–260, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v17n2/v17n2a06.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2022.

MENEGHIN, P. Entre o medo da contaminação pelo HIV e as representações simbólicas da Aids: o espectro do desespero contemporâneo. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 30, n. 3, 1996.

MILLER, J. A. Les affects dans l'expérience analytique (1986). **La Cause du Désir**, v. 93, n. 2, p. 98-111, 2016. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-la-cause-du-desir-2016-2-page-98.htm>. Acesso em: 10 abr. 2022.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOURA, S. C. C.; FERREIRA JÚNIOR, S. R. da C.; MATIAS, M. R. de S. S.; SILVA, K. M. R. da; SILVA, H. J. N. da; SILVA, P. T. da; FERREIRA, A. M. C.; BEZERRA, W. A. dos S.; SILVA, D. de A. e; CAMPOS, M. R. de; NASCIMENTO, A. L. L. do; SILVA, B. L.; OLIVEIRA, D. M. T. e; RIBEIRO, A. M. de C.; SILVA, A. M. da; SOUSA,

E. A.; OLIVEIRA, I. K. F.; LOPES, M. M. F.; ANDRADE, M. B. de; FURTADO, D. R. L. Reações adversas aos antirretrovirais apresentadas pelos portadores de HIV. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13308>. Disponível em: https://redib.org/Record/oai_articulo3141374-rea%C3%A7%C3%B5es-adversas-aos-antirretrovirais-apresentadas-pelos-portadores-de-hiv. Acesso em: 9 jul. 2022.

NOMINÉ, B. A urgência e a pressa. *In*: FORÚM DO CAMPO LACANIANO DE FORTALEZA (org.). **Ato analítico e afirmação da vida**. Fortaleza: Aller, 2021, p. 30-49.

NUNES JUNIOR, A. B. Psicanálise, carne e estigmas. **Ide (São Paulo)**, São Paulo, v. 39, n. 62, p. 29-43, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31062016000200003&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 26 jun. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração sobre o ambiente humano. Estocolmo, Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente Humano, 1972.

OLIVA, M. L. A insistência do real na sexualidade: diferentes perspectivas da psicanálise e o feminismo. **Stylus (Rio J.)**, Rio de Janeiro, n. 30, p. 79-99, jun. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-157X2015000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 jul. 2022.

OLIVEIRA, A. V. de. Fatores que levam à não adesão ao tratamento antirretroviral oferecido pelo SUS. **Brazilian Journal Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 955-967 jan./feb. 2020.

OLIVEIRA, F. B. M.; MOURA, M. E. B.; ARÁUJO, T. M. E, de; ANDRADE, E. M. L. E R. Qualidade de vida e fatores associados em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 06, p. 510-516, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500086>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/6Yrj4twdBNNjYNrCQx6gYDx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 jul. 2022.

OLIVEIRA, T. V. de. **As relações afetivas-sexuais das pessoas que vivem com HIV/AIDS**. 2015. 135 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC-SP, São Paulo, 2015.

OLIVEIRA, L. B. de; QUEIROZ, A. A. F. L. N.; COSTA, C. R. B.; MAGALHÃES, R. de L. B.; ARAÚJO, T. M. E. de; REIS, R. K. Parcerias sexuais de pessoas vivendo com HIV/Aids: orientação sexual, aspectos sociodemográficos, clínicos e comportamentais. **Enfermeria Global**, n. 54, p. 39-50, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.322081>. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n54/pt_1695-6141-eg-18-54-25.pdf. Acesso em: 03 jul. 2022.

PATRICIO, A. C. F. A.; SILVA, I. B. do N.; FERREIRA, M. A. M.; RODRIGUES, B. F. L.; SILVA, R. F. da; NASCIMENTO, J. A. do; SILVA, R. A. R. da. Depression, self-

concept, future expectations and hope of people with HIV. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 5, p. 1288-1294, out. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0730>. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000601288&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 jun. 2022.

PAULUK, L. R.; BALLÃO, C. M. Considerações sobre o medo na História e na Psicanálise. **Fractal Revista Psicologia**, v. 31, n. 02, p. 60-63, 2019. DOI: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i2/5569>. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/5569>. Acesso em: 19 jun. 2022.

PEREZ, L. M. F. Corpo, Angústia e vulnerabilidade: o corpo na clínica Psicanalítica contemporânea. *In: ENCONTRO NACIONAL COLÓQUIO INTERNACIONAL A PSICANÁLISE E A LEI*, 2012, Fortaleza. **Anais...**, 2012, p. 1–8. Disponível em: http://www.ghbook.ir/index.php?name=فرهنگ و رسانه های نوین&option=com_dbook&task=readonline&book_id=13650&page=73&chkhashk=ED9C9491B4&Itemid=218&lang=fa&tmpl=component. Acesso em: 01 maio. 2022.

PINHEIRO, T. F.; CALAZANS, G. J.; AYRES, J. R. C. M. Uso de Camisinha no Brasil: um olhar sobre a produção acadêmica acerca da prevenção de HIV/Aids (2007-2011). **Temas em psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 815-836, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.3-EE07PT>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000300009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 jul. 2022.

POSTIGO, V. M. C. **Adicção**: um estudo sobre passividade e a violência psíquica. 1. ed. Curitiba: Juruá Editora, 2010.

PRATA, M. R. Pulsão de morte: mortificação ou combate? **Ágora**, v. 03, n. 02, p. 115–135, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-14982000000200007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/agora/a/BctFXkHX4p6CvBD3Vg7PwWS/?lang=pt#:~:text=As%20puls%C3%B5es%20de%20morte%20t%C3%AAm,formas%20organizadas%20e%20n%C3%A3o%20destrutivas>. Acesso em: 30 jun. 2022.

PRIORE, M. D. **Histórias Intimas**: sexualidade e erotismo na história do Brasil. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2011.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS (UNAIDS). **Fatch Sheet 2022**. 2022. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 01 set. 2022.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS (UNAIDS). **Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS – BRASIL**. Sumário Executivo, 2019. Disponível em: <https://unaids.org.br/2019/12/estudo-revela-como-o-estigma-e-a-discriminacao-impactam-pessoas-vivendo-com-hiv-e-aids-no-brasil/>. Acesso em: 31 jan. 2022.

RAVANELLO, T.; DUNKER, C. I. L.; BEIVIDAS, W. Uma via indireta para a abordagem do afeto: libido, gozo, pulsão escópica. **Tempo psicanalítico**, Rio de

Janeiro, v. 49, n. 1, p. 9-36, jun. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382017000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 maio 2022.

RIOS, L. F. Sexuality and prevention among men who have sex with men in the contexts of the Aids and covid-19 pandemics. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1853–1862, 2021. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/sexualidade-e-prevencao-entre-homens-que-fazem-sexo-com-homens-nos-contextos-das-pandemias-de-aids-e-da-covid19/17937?id=17937>. Acesso em: 19 jun. 2022.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998

SÁ, A. A. M. DE; SANTOS, C. V. M. DOS. A Vivência da Sexualidade de Pessoas que Vivem com HIV/Aids. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. 4, p. 773–786, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000622017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/7j5XxDpZdLXtCC83g85kctw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 out. 2021.

SALLES, A. C. T. C.; CECCARELLI, P. R. A invenção da sexualidade. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 32, n. 60, p. 15-24, set. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952010000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 maio 2022.

SANTOS, A. K. R. S. dos; MIRANDA, L. P. B. de; MELO, E. A. O. de; SILVA, P. F. de O. A. Autopercepção da imagem corporal e avaliação do estado nutricional de pacientes que vivem com HIV/AIDS acompanhados em um hospital escola de Pernambuco. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.6, n.9, p. 70429-70445, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n9-481. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/17020>. Acesso em: 05 jul. 2022.

SANTOS, E. C. M. dos; FRANÇA JUNIOR, I.; LOPES, F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids em São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 02, p. 64-71, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000900011>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2007.v41suppl2/64-71/pt>. Acesso em: 07 maio 2022.

SANTOS, R. dos; MOHR, A. M. A (de)vida angústia de morte: considerações a partir da filosofia e da psicanálise. **Natureza humana**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 169-187, jul. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302018000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 jul. 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Governo do estado de Mato Grosso do Sul. **Plano estadual de saúde 2016-2019**. Campo Grande, 2015.

- SEIXAS, C. M. Dimensões clínicas do ato na obesidade: compulsão por comer e sintoma na perspectiva psicanalítica. **Psicologia em Estudo**, v. 24, 2019. DOI: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.40350>. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/40350#:~:text=A%20partir%20da%20diferencia%C3%A7%C3%A3o%20de,presente%20nos%20pacientes%20ditos%20obesos>. Acesso em: 09 jul. 2022.
- SELLI, L.; JUNGES, J. R.; MENEGHEL, E.; VIAL, E. A. O cuidado na resignificação da vida diante da doença. **Mundo saúde**, v. 32, n. 1, p. 85–90, 2008. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/58/85a90.pdf. Acesso em: 1 jun. 2022.
- SILVA, G. A. da.; TAKAHASHI, R. F. A busca pela assistência à saúde: reduzindo a vulnerabilidade ao adoecimento entre os portadores do HIV. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, v. 11, n. 1, p. 29-41, 2008. Disponível em: <https://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/029-041.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2022.
- SILVA, P. D. R.; GOMES, I. M. Disputas pela significação no discurso do HIV/Aids: um percurso na ciência, na literatura, na militância LGBTI e nos canais do Youtube. **Revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em Saúde**, v. 14, n. 04, 2020. Disponível em: <https://brapci.inf.br/index.php/res/v/150800>. Acesso em: 15 jun. 2022.
- SILVA, E. B. T. Mecanismos de defeso do ego. **Psicologia luso-brasileira**, 2011. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0212.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2022.
- SIMONETTI, A. **A cena hospitalar: psicologia médica e psicanálise**. Belo Horizonte: Artesã, 2018.
- SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. 6. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.
- SOUSA, F. de.; PINTO, C. N. Uma leitura sobre bullying e preconceito a partir do Simbólico e do Imaginário da Psicanálise. **Revista OLHARES**, Guarulhos, v. 9, n. 1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34024/olhares.2021.v9.11571>. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/olhares/article/view/11571>. Acesso em: 21 jun. 2022.
- SOUTO, B. G. A.; KORKISCHOKO, N.; KIYOTA, L. S.; BORGES, M. F.; BATALINE, M. P. O sexo e a sexualidade em pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana. **Revista Brasileira Clínica Médica**, São Paulo, v. 10, n. 05, p. 377-383, 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n5/a3151.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2022.
- SOUZA, H. C. de.; MOTA, M. R.; ALVES, A. R.; LIMA, F. D.; CHAVES, S. N.; DANTAS, R. A. E.; ABDELMUR, S. B. M.; MOTA, A. P. V. S. Análise da adesão ao tratamento com antirretrovirais em pacientes com HIV/AIDS. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 72, n. 5, p. 295-303, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0115>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/JJWnF69NSTYd6z6DxdPRyft/?lang=pt>. Acesso em 10 jul. 2022.

SOUZA JÚNIOR, E. V.; ROSA, R. S.; BRITO, S. de A.; CRUZ, D. P.; SILVA FILHO, B. F. da; SILVA, C. dos S.; SAWADA, N. O. Association between experiences in older adults' sexuality and biosociodemographic characteristics. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. 01-11, 2022.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0342>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/TcykZRVYFL4DWKSvrwWB3Nq/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 16 abr. 2022.

STERNICK, M. V. de C. **O corpo na clínica psicanalítica: inibição, sintoma e angústia**. 2011. 171 f. Tese (Doutorado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio, Rio de Janeiro, 2011.

TURATO, E. R. Métodos Qualitativos e Quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 03, p. 507-514, 2005. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2005.v39n3/507-514/pt>. Acesso em: 29 jun. 2020.

VAZ, A. I. A.; COSTA, R. Mulheres e as influências afetivas no adoecimento hipertensivo. **Psicologia Revista**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 83–106, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/24230>. Acesso em: 01 jul. 2022.

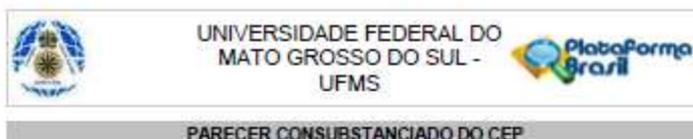
VENTURA, R. A psicanálise e o cuidado de si: entre a sujeição e a liberdade. **Revista Epos**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2012000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 6 jul. 2022.

VILARINHO, M. V.; PADILHA, M. I. Sentimentos relatados pelos trabalhadores da saúde frente à epidemia da Aids (1986-2006). **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 01, p. 01- 09, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016000010013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/FmnZxpXK9mtY66Msz6ypPTR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2021.

VILLELA, A. B. A atualidade da psicanálise: do HIV à escuta pulsional. **Caderno de psicanálise.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 29, p. 77-87, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952013000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexual health, human rights and the law**. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/. Acesso em: 26 abr. 2022.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A REORGANIZAÇÃO DA SEXUALIDADE DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS ACOMPANHADAS EM UM HOSPITAL-DIA

Pesquisador: FERNANDA MARIA SOUZA JULIANO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39074720.5.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

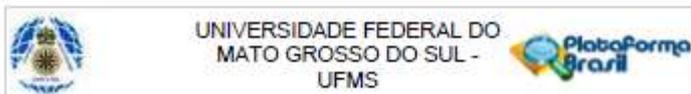
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.371.174

Apresentação do Projeto:

Segundo a pesquisadora, o estudo se caracteriza como uma pesquisa qualitativa, descritiva, seccional, com base em dados primários, a ser realizada no Hospital-dia Esterina Corsini da Costa, Unidade de doenças infecciosas e parasitárias (UDIPS) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Tem como objetivo compreender como se dá a reorganização da sexualidade de pacientes em acompanhamento no Hospital-dia Esterina Corsini no período de no mínimo um ano após diagnóstico. Para isto, serão realizadas entrevistas com questões geradoras antecedidas pela caracterização dos sujeitos. Para organização dos dados foi escolhida a metodologia Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefèvre e Lefèvre, (2003), sendo o referencial teórico norteador a psicanálise lacaniana. Os participantes serão identificados pela equipe do Hospital-dia considerando o período de tratamento. Serão incluídos na pesquisa pessoas de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, com HIV/AIDS, com uso de antirretroviral, em acompanhamento no Hospital-dia há, no mínimo, um ano. Considerando que se trata de pesquisa qualitativa, estima-se que sejam incluídos até 15 participantes, sendo encerrada a coleta quando o conteúdo das entrevistas for suficiente para o alcance dos objetivos, independentemente da quantidade. Trata-se de uma amostra não probabilística por conveniência. Serão excluídos aqueles que apresentem prejuízos cognitivos e indígenas aldeados. Após a identificação dos que preencham os critérios de inclusão, será realizado o acompanhamento da agenda de retorno no Hospital para que ocorram os primeiros contatos, presencialmente. A partir deste contato, a



Continuação do Parecer: 4.371.174

pesquisadora irá se apresentar, e será realizado o convite para a participação da pesquisa, sendo explicados seus objetivos, e todos outros fatores que envolvem a pesquisa, incluindo riscos e benefícios. Devido a situação de pandemia atual, todas as medidas de biossegurança serão realizadas e respeitadas conforme tem se aplicado no Hospital-Dia, para que garanta a segurança dos participantes e envolvidos na pesquisa. Em caso de resposta positiva, será marcada a entrevista ou realizada no mesmo dia, dependendo da disponibilidade do participante. Sua efetuação se dará no Hospital-Dia Professora Esterina Corsini, em uma sala que proporcione atendimento individualizado e garanta privacidade, dispo de ambiente iluminado, climatizado, com cadeiras, espaço para posicionar cadeiras de rodas (se necessário). A participação só irá ser iniciada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que

compõe o projeto de pesquisa. Será utilizado roteiro de entrevista elaborado para fins da pesquisa, considerando os objetivos estabelecidos, o instrumento para a coleta de informações, também, é apresentado no projeto de pesquisa. Trata-se de uma entrevista semiestruturada, o seu roteiro será submetido à pré-teste. A entrevista será gravada em áudio. Ainda, segundo a pesquisadora, a relevância social da pesquisa explica-se na possibilidade de compreender como se dá a reorganização da sexualidade dessas pessoas e tais resultados poderão gerar subsídios para orientar o tratamento integral com alcance na promoção da qualidade de vida e saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender como se dá a reorganização da sexualidade de pacientes em acompanhamento no Hospital dia há, no mínimo, um ano após diagnóstico.

Objetivo Secundário:

Para o alcance do objetivo geral foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- caracterizar a população de estudo segundo variáveis socioeconômicas;
- identificar as implicações sociais e culturais em torno do convívio e manejo da doença e da sexualidade;
- identificar os mecanismos subjetivos em torno da sexualidade intervenientes no tratamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros - Prédio das Pró-Reitorias (Núcleo Maymona), 1º andar
 Bairro: Pioneiros CEP: 79.070-900
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE
 Telefone: (67)3345-7167 Fax: (67)3345-7167 E-mail: ocp@propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 4.371.174

De acordo com a pesquisadora, os riscos relacionados à participação na pesquisa envolvem a possibilidade de um impacto emocional diante do conteúdo subjetivo e íntimo pesquisado, havendo possibilidade de constrangimento durante a entrevista.

Benefícios:

Os benefícios envolvidos enquanto participante é de natureza individual, pois poderá propiciar possibilidades de esclarecimento sobre o tema, assim como abertura para discussões. Também há benefícios coletivos com a pesquisa, uma vez que os resultados podem ampliar os conhecimentos na área, melhorando a compreensão e qualidade do atendimento pelos profissionais de saúde, além de poder subsidiar futuras pesquisas da mesma natureza.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa de caráter acadêmico para obtenção do título de mestre. O mestrado é desenvolvido no curso de Pós-Graduação Stricto sensu Mestrado em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste/UFMS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São apresentados:

Folha de rosto datada e assinada;

Projeto de pesquisa

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Instrumento de coleta de dados

Autorização da Instituição para realização da pesquisa : Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias (UDIP) do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

Recomendações:

Recomendamos que: No cronograma (projeto detalhado e da Plataforma Brasil), as datas de envio ao CPE devem ser atualizadas. Ainda, quanto ao TCLE, orientamos que o espaço para coleta do nome do participante seja retirado. Coletar só a assinatura.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Depois da análise somos favoráveis à aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Destacamos que de acordo com a Resolução CNS/MS nº466/2012, no item XI.2 – "Cabe ao pesquisador", alíneas "d" e "e": "elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais" e "apresentar

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiras 2 Prédio das Pró-Reitorias (Hércules Maymon) 2.º andar
Bairro: Pioneiras CEP: 70.070-900
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconep.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 4371.174

dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento". Portanto, é de responsabilidade do pesquisador submeter ao CEP semestralmente o relatório de atividades desenvolvidas no projeto e, se for o caso, comunicar ao CEP a ocorrência de eventos adversos graves esperados ou não esperados. Também, ao término da realização da pesquisa, o pesquisador deve submeter ao CEP o relatório final da pesquisa. Os relatórios devem ser submetidos através da Plataforma Brasil, utilizando-se da ferramenta de NOTIFICAÇÃO.

- Orientamos ao pesquisador na situação em que tenha seu projeto de pesquisa aprovado pelo CEP e em decorrência do contexto necessite alterar seu cronograma de execução, que faça a devida "Notificação" via Plataforma Brasil, informando alterações no cronograma de execução da pesquisa.

- Solicitamos aos pesquisadores que se atentem e obedeçam as medidas de segurança adotadas pelos locais de pesquisa, pelos governos municipais e estaduais, pelo Ministério da Saúde e pelas demais instâncias do governo devido a excepcionalidade da situação para a prevenção do contágio e o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19).

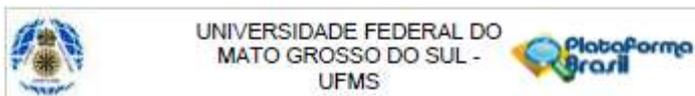
- As medidas de segurança adotadas poderão interferir no processo de realização das pesquisas envolvendo seres humanos. Quer seja no contato do pesquisador com os participantes para coleta de dados e execução da pesquisa ou mesmo no processo de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido-TALE, incidindo sobre o cronograma da pesquisa e outros.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1614043.pdf	23/09/2020 10:30:24		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.pdf	23/09/2020 10:27:03	FERNANDA MARIA SOUZA JULIANO	Aceito
Outros	declaracao_anuencia.pdf	22/09/2020 12:44:12	FERNANDA MARIA SOUZA JULIANO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MESTRADO.pdf	22/09/2020 12:24:17	FERNANDA MARIA SOUZA JULIANO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	22/09/2020 12:19:05	FERNANDA MARIA SOUZA JULIANO	Aceito

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros - Prédio das Pró-Reitorias (Hércules Maymon) - 1º andar
Bairro: Pioneiros CEP: 70.070-900
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconep.propp@ufms.br

Página 14 de 28



Continuação do Parecer: 4.371.174

Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	22/09/2020 12:14:23	FERNANDA MARIA BOUZA JULIANO	Aceito
----------------	--------------------	------------------------	---------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 29 de Outubro de 2020

Assinado por:

MAURINICE EVARISTO WENCESLAU
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneira - Prédio das Pró-Reitorias - Hércules Maymona, 2.º andar
Bairro: Pioneira CEP: 70.070-900
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-1187 Fax: (67)3345-1187 E-mail: concenep.prop@ufms.br

Página 03 de 03

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: **“A reorganização da sexualidade de pessoas que vivem com HIV/AIDS acompanhadas em um hospital dia”**, no qual o objetivo é compreender como se dá a reorganização da sexualidade de pacientes em acompanhamento no Hospital dia há, no mínimo, um ano após diagnóstico. Este trabalho será conduzido pela pesquisadora Fernanda Maria Souza Juliano sob orientação de Sonia Maria Oliveira de Andrade.

Poderão participar deste estudo, pessoas que estejam em acompanhamento no Hospital Dia Esterina Corsini da Costa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, há, no mínimo um ano, que estejam conscientes quanto ao seu quadro clínico, e que tenham idade a partir de 18 anos, de ambos os sexos, no período de dezembro de 2020 a julho de 2021. Para a coleta de dados será utilizado primeiramente a aplicação de um questionário para caracterização do participante e depois será iniciada uma entrevista semiestruturada realizada pela pesquisadora. As respostas são livres possibilitando que você se expresse da maneira que quiser, e serão gravadas para futura transcrição do material, se autorizado. Os dados ficarão sob responsabilidade da pesquisadora principal por um período de cinco anos e após serão destruídos.

Para participar você deverá assinar este termo em duas vias, ficando uma com você, demonstrando consentimento e acordo. Você terá liberdade para se recusar a participar da pesquisa ou de qualquer etapa deste trabalho, sem que haja qualquer prejuízo. Caso opte por participar da pesquisa, poderá pedir informações conforme considerar necessário. A sua participação é voluntária, com garantia da confidencialidade de todos os dados. Os participantes desta pesquisa não receberão qualquer remuneração pela participação, não terão nenhuma interferência em seus relacionamentos com a instituição, desse modo você poderá retirar seu consentimento em qualquer momento do estudo, cessando sua participação. Neste caso, qualquer informação sua não será utilizada, sem prejuízo para a pesquisa ou para você.

Rubrica da Pesquisa

Rubrica do participante

Você não terá nenhuma despesa financeira em razão da participação da entrevista. Entretanto, se necessário, será ressarcido por eventuais despesas se houver.

Esta é uma pesquisa realizada por meio de entrevistas entre você e a pesquisadora, portanto ao participar da pesquisa os riscos relacionados envolvem a possibilidade de um impacto emocional diante do conteúdo subjetivo pesquisado, havendo possibilidade de constrangimento durante a entrevista.

Caso você apresente alteração física ou psíquica durante a realização da entrevista será tomado os devidos cuidados, ficando disponíveis os seguintes profissionais para possíveis emergências: médico(a), enfermeiro(a), psicólogo(a). Em caso de recusa, não terá nenhum prejuízo em sua relação com a instituição.

A participação também pode ser encerrada a qualquer momento. Sua participação pode possibilitar benefícios individuais, pois poderá propiciar abertura para discussões sobre o tema. Também há benefícios coletivos com a pesquisa, uma vez que os resultados podem ampliar os conhecimentos na área e podem subsidiar futuras pesquisas da mesma natureza.

Os dados desta pesquisa servirão única e exclusivamente para fins científicos gerando um banco de dados que poderá ser utilizado em pesquisas futuras. Em nenhum momento será publicado o nome das pessoas que participaram desta pesquisa, garantindo total privacidade e confidencialidade. O acesso aos resultados da pesquisa será garantido pela pesquisadora conforme o interesse, e a divulgação dos resultados será realizada por meio de trabalhos científicos.

Esta pesquisa foi aprovada pela Plataforma Brasil, pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, sob o parecer N°4371174, o que garante que serão cumpridas as normas éticas destinadas a pesquisa com seres humanos, sendo legítimas as informações apresentadas pela pesquisadora neste documento.

Rubrica da Pesquisadora

Rubrica do participante

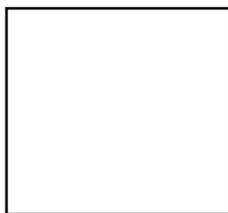
Caso você tenha dúvidas ou necessite algum esclarecimento (antes, durante ou após a pesquisa), você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável, **Fernanda Maria Souza Juliano** pelo telefone **67 99825-3287** ou pelo e-mail **m.fernandamsj@gmail.com**, com a orientadora desta pesquisa, **Sonia Maria Oliveira de Andrade** pelo telefone **67 99231-6282** ou pelo e-mail **soniaufms@gmail.com**, ou no endereço da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul no prédio da FAMED, localizado no segundo andar na sala do programa de Pós Graduação Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste, ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, localizado na Cidade Universitária Universitário - Pioneiros, Campo Grande - MS, 79070-900 pelo telefone (67) 3345-7187 ou pelo e-mail **cepconep.propp@ufms.br**.

Aceito participar e contribuir com a pesquisa, nesses termos, e atesto recebimento de 01 (uma) cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Autorizo a gravação de áudio: () Sim () Não

Campo Grande,/...../.....

Assinatura: _____



Impressão do dedo polegar
caso não saiba assinar

Nome da pesquisadora: _____

Assinatura: _____

Código _____

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Roteiro de entrevista

1 Caracterização do participante

Número do participante: ____ Gênero: _____ Idade _____

Religião: _____ Praticante () Sim () Não.

Escolaridade: _____ Orientação sexual: _____

2 Questões norteadoras

Conte para mim, da forma mais completa que puder, como foi para você descobrir-se com HIV?

Do ponto de vista familiar, social, como aconteceram os fatos a partir de então?

E em relação à sexualidade?